

# 支給決定伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	円	常務理事	事務長	係

被保険者  
被扶養者  
**出産育児一時金請求書**

① 被保険者証の記号・番号		—		② 事業所の名称			
③ 分娩年月日		令和 年 月 日		④ 死亡のときはその旨			
⑤ 分娩した場所		医療施設等の名称					
		医療施設等の所在地					
⑥ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日		昭和 年 月 日生 平成					
⑦ 出生児の氏名 (死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要)				⑧ 被保険者との続柄			
⑨ 出生児が被扶養者かどうか		被扶養者である・ない		⑩ 出生児が被扶養者でないときはその理由			
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内の分娩であるとき		現在加入している健康保険の		名称		健康保険組合 社会保険事務所 TEL	
		記号・番号		—			
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月以内の分娩であるとき		給付金の振込先		銀行		支店 普通当座	
		認定日以前に加入していた健康保険の		名称		健康保険組合 社会保険事務所 TEL	
		記号・番号		—			
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
住所 被保険者の 氏名							
東亜合成健康保険組合理事長 殿							

市区町村長が証明する欄	⑬ 分娩年月日	令和 年 月 日		⑭ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	⑮ 出生児の数	単胎・多胎( 児)					
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
令和 年 月 日							
医療施設の名称・所在地							
医師・助産婦名							
市区町村長名							

**記入例**

支給決定伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	円	常務理事	事務長	係

被保険者  
被扶養者

出産育児一時金請求書

① 被保険者証の記号・番号	00 - 00000	② 事業所の名称	00株式会社 00支店			
③ 分娩年月日	令和 1年 5月 20日	④ 死亡のときはその旨				
⑤ 分娩した場所	医療施設等の名称	凸凹産婦人科医院				
	医療施設等の所在地	東京都品川区大井1丁目×-××				
⑥ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	昭和 年 月 日生 平成					
⑦ 出生児の氏名 (死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要)	東亜 愛子		⑧ 被保険者との続柄	二女		
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない	⑩ 出生児が被扶養者でないときはその理由				
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内の分娩であるとき	現在加入している健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所			
	給付金の振込先	記号・番号	- Tel			
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月以内の分娩であるとき	認定日以前に加入していた健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所			
	給付金の振込先	記号・番号	- Tel			

上記のとおり申請します。

令和 1年 6月 25日

住所 00県00市00町×番地-×  
被保険者の氏名 東亜 花子

東亜合成健康保険組合理事長 殿

市区町村長が証明する欄 医師、助産婦又は	⑬ 分娩年月日	令和 年 月 日	⑭ 生産・死産の別 (妊娠第 生産・死産 月又は第 週)	
	⑮ 出生児の数	単胎・多胎( 児)		
	<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療施設の名称・所在地</p> <p>医師・助産婦名</p> <p>市区町村長名</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>医師、助産婦または市区町村長の証明を必ずもらってください。</p> </div>			

**記入例**

支給決定伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	円	常務理事	事務長	係

被保険者  
被扶養者 出産育児一時金請求書

① 被保険者証の記号・番号	00-00000	② 事業所の名称	00株式会社 00支店			
③ 分娩年月日	令和 1年 5月 20日	④ 死亡のときはその旨				
⑤ 分娩した場所	医療施設等の名称	凸凹産婦人科医院				
	医療施設等の所在地	東京都品川区大井1丁目×-××				
⑥ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	東亞 良子	昭和 平成	45	年	7	月 19 日生
⑦ 出生児の氏名 (死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要)	東亞 愛子	⑧ 被保険者との続柄	二女			
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない	⑩ 出生児が被扶養者でないときはその理由				
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内の分娩であるとき	現在加入している健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所			
	給付金の振込先	記号・番号	-			
	銀行	支店	普通当座			
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月以内の分娩であるとき	認定日以前に加入していた健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所			
	記号・番号	-				
	Tel					
上記のとおり申請します。						
令和 1年 6月 25日						
住所 00県00市00町×番地-×						
被保険者の氏名 東亞 太郎						
東亞合成健康保険組合理事長 殿						

市区町村長が証明する欄 医師、助産婦又は	⑬ 分娩年月日	令和 年 月 日	⑭ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	⑮ 出生児の数	単胎・多胎(児)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 年 月 日					
医療施設の名称・所在地					
医師・助産婦名					
市区町村長名					
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">             医師、助産婦または市区町村長の証明を必ずもらってください。           </div>					