

で記入 ください	決定金額				喪失		常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者	
	出産育児一時金				生・死産							
					多胎							
								被扶養者認定日	昭和 平成 令和	年	月	日

1被保険者
2家 族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号	番号	被保険者の 氏名	生 年	1 昭和 2 平成	年	健保担当 課長			
	被保険者の 現住所	フリガナ 〒 - 電話 ()							係長		
	事業所の名称										
	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失 年月日	令和	年	月	日	係員
	出産した年月日	令和	年	月	日	死産のとき はその旨					
	出産した者	氏名		続柄		生年 月日	昭和 平成	年	月	日	
	出生児氏名	1		続柄		2		続柄			
	出生時児が被保険者 の被扶養者であること の有無およびないとき はその理由	ある ない	事由			配偶者が以前 加入していた 健康保険の	名称 所在地 記号番号 電話 ()				
	うえのとおり 出産育児一時金 円也 を請求します 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印) 小田急グループ健康保険組合理事長殿										
	うえの決定金額の受領方を 職名 氏名 に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印) 小田急グループ健康保険組合理事長殿										
証 明 す る と こ ろ 又 は 市 区 町 村 長 が	出産した年月日	令和	年	月	日	生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠 カ月 週)				
	出生児の数	単胎・多胎(児)			備考						
	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・助産師名 (印)										
	本籍					筆頭者 氏名					
	出生 届出日				出生児 氏名			出生 年月日			
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 (印)											

請求者印

(記入上の注意)

印ははっきりと押し印もれのないようにしてください。
なお訂正したときは、それぞれの記入者は氏名の末尾に押し印と同じ印を
訂正印として押してください。

2019.5

受付日付印