

記入例

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------|--|--|--|------|--|------|---------|----------------|------|-----|---|
| 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 9 9 9 | 番号 1 1 1 1 1 | 被保険者の 氏名 | 小田急 花子 | | 生 年 | 1 昭和 2 平成 | 60 年 | |
| | 被保険者の 現住所 | フリガナ トウキョウト マチダシ 〒000-0000 東京都町田市0001-1-1 電話 000(0000)0000 | | | | | | | | |
| | 事業所の名称 | 00000株式会社 | | | | | | | | |
| | 資格取得年月日 | 昭和 平成 令和 | 18年 4月 4日 | 資格喪失 年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 出産した年月日 | 令和 | 5年 5月 1日 | 死産のとき はその旨 | | | | | | |
| | 出産した者 | 氏名 | 小田急 花子 | 続柄 | 本人 | 生年月日 | 昭和 平成 | 60年 1月 18日 | | |
| | 出生児氏名 | 1 | 小田急 二郎 | 続柄 | 長男 | 2 | | | | |
| | 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 | 金 500,000 | | 円也 を請求します | | | | | | |

令和 5年 5月 30日 被保険者
氏名 小田急 花子 (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 人事部 課長
氏名 0000 に委任します

令和 5年 5月 30日 被保険者
氏名 小田急 花子 (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 5年 5月 1日 | 生産又は 死産の別 | 生産・死産 (妊娠 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 5年 5月 20日 | | | | |
| | 医療施設の名称・所在地 〒000-0000 東京都杉並区0002-2-2 医師・助産師名 医療法人 東京クリニック 東京二郎医師 (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) | |

| | |
|------------|-----|
| 健保担当 課長 | (印) |
| 係長 | (印) |
| 係員 | (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
 訂正印として押しつけてください。

2019.5

受付日付印