

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 太郎		生 年	1 昭和 2 平成	60 年	健保担当 課長		
	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									印	
	事業所の名称	00000株式会社										係長
	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							印
	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	妻	生年 月日	昭和 平成	60年 1月 18日				印
	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	理由			配偶者が以前 加入していた 健康保険の 名称	00健康保険組合 所在地 東京都町田市0001-1-1 記号番号 000-0000 電話 000(000)0000					
	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 太郎 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									
令和 5年 5月 30日	氏名		0000									
小田急グループ健康保険組合理事長殿 被保険者 氏名 小田急 太郎 印												
証 明 す る と 助 産 師 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 印 医師・助産師名 医療法人 東京クリニック 東京二郎医師											
	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 印 市区町村長名												

(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