

支給決議書	常務理事	事務局				被扶養者の 資格確認	配偶者	資格	有	無
							出世児	資格	有	無
	証NO		支給金額				出産育児一時金受取代理 申請の有無		有	無
	資格関係	取得 S・H・R				備考				
	喪失 S・H・R									

\*この線より上は請求者において記入しないこと

代筆・代理申請不可

被保険者の出産:被保険者に○  
被扶養者の出産:家族に○

被保険者・家族 出産育児一時金請求書

保険証上部に記載の記号・番号を記入

在籍事業所・所属を記入(退職者は最終在籍部署)  
任継者は記入不要

被保険者の記号番号	-		事業所の名称								
分娩年月日	平成	分産日	月	日	生産又は 死産の別	生産	該当するものに○	健保	・	その他	
健康保険で入院したとき	病院等の名称		分娩に健康保険を使用した場合は必ず記入								
	病院等の所在地										
出産費貸付金の有無	いずれかに○		貸付を受けている				貸付を受けていない				
被扶養者が 分娩したときはその者の	氏名	被扶養者が出産した場合に記入(被保険者が出産した場合は記入不要)				生	年	月	日	続	
出世児の氏名	氏名	出生した子供の氏名		被保険者との続柄	長男、長女等		被扶養者としての資格 被保険者の扶養にする場合はある				
出生児が被扶養者でないときはその理由	出生した子供を被扶養者としない場合に記入										
助産婦が証明するところ 市町村長、医師又は	分娩した者の氏名				分娩年月日	平成・令和	年	月	日	一児・双児 以上の別	一 児 児
	正常分娩か異常分娩かの別	正 常		・	異 常	生産又は死産の別	生 産	・	死 産 (妊娠	月)	
	入院の有無	有		り	・	無	入院費用の別	自費・健保・その他			
	上記のとおり 証明書	医師又は助産婦の証明欄 総ての項目について証明ください。				令和 年 月 日					
TEL ( ) -											

※領収明細書と合意書の原本を必ず添付して下さい。

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

- 在籍者は 3.給与振込み を選択。  
退職者は 1.又は2. を選択(本人名義口座)

(口座種別) NO
- 郵便局 (店番) (番号)
- 給与振込み

\*1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。

請求者の住所

被保険者の住所・氏名

氏名

(TEL )

帝人グループ健康保険組合理事長殿

※直接支払い制度を利用される方は、この用紙での申請は不要です。