

同年月日 令和 年 月 日

支給決議書	常務理事	事務局	被扶養者の	配偶者	有	無
			資格確認	出生児	有	無
	証NO	支給金額	備考			
	資格関係	取得 S・H・R	・	・		
		喪失 S・H・R	・	・		

代筆・代理申請不可

\*この線より上は請求者において記入しないこと

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 出産育児一時金内払金依頼書

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	所属
分娩年月日	平成・令和 年 月 日	生産又は死産の別	出生児数
被扶養者が分娩したときはその者の氏名	氏名	生年月日	続柄
出生児の氏名	氏名	被保険者との続柄	被扶養者としての資格
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ていない場合に記入		

※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

1. 銀行 支店	〒	—
(口座)	請求者の住所	
2. 郵便局 (店番)	(番号)	
3. 給与振込み	氏名	被保険者の住所・氏名

\*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。

帝人グループ健康保険組合理事長殿

(TEL )