

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	・	・			

*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・家族 出産育児一時金内払金依頼書

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	生産・死産	出生児数	単胎・多胎(人)
被扶養者が分娩したときはその者の	氏名	生年月日	昭平令	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	ある・ない
出生児が被扶養者でないときはその理由					
上記のとおり請求いたします。					
		令和 年 月 日			
1. 銀行 支店		〒 —			
(口座種別) NO		請求者の住所			
2. 郵便局 (店番) (番号)		_____			
3. 給与振込み		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 _____)	

※領収明細書と合意書の原本を必ず添付して下さい。