

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 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
										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 出産育児一時金請求書

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	費用の 種別	自費・健保・その他			
健康保険で入院したとき	病院等の名称										
	病院等の所在地										
出産費貸付金の有無	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					生年月日	昭平令	続柄			
出世児の氏名	氏名				被保険者 との続柄			被扶養者としての資格	ある・ない		
出世児が被扶養者でないときはその理由											
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
	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 し		入院費用の別		自費 ・ 健保 ・ そ の 他					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 証明書住所氏名(医師の証明は医療機関名称も記入)										
TEL ( ) -											
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 )											

※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。

※領収明細書と合意書の写しを必ず添付して下さい。