伺年月日　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		
	記号・番号	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	平成・令和　・　・											
		平成・令和　・　・											

＊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

記号・番号	―		事業所名称		社員番号		
分娩年月日	令和　年　月　日		生産又は死産の別	□ 生産　□ 死産			
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						
分娩した者の氏名	氏名		生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日	続柄		

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			出生児の数	□ 単胎　□ 多胎（　児）	
分娩年月日	令和　年　月　日		生産又は死産の別	□ 生産　□ 死産（妊娠　週）	
上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日					
証明書住所氏名（医師の証明は医療機関名称も記入）					
TEL（　）　―					

振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入																		
※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。																		
[銀行・信用金庫・農協]（コード　）									[本店・支店・出張所]（コード　）									
貯金種別	□ 普通 □ 当座	口座番号								口座名義	※カタカナで記入							
		郵政番号	1				0	郵政番号										1

上記のとおり請求いたします。

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和　年　月　日

被保険者（請求者）

〒　―

住　所

氏　名

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。