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

代筆・代理申請不可

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

□ 被保険者 ☑ 家族 出産育児一時金請求書

記号・番号	1234 － 1234567	事業所名称	帝人株式会社	社員番号	12345
健康保険の記号・番号を記入					
分娩年月日	令和 5 年 4 月 1 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 帝人 ふく	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和 9 年 2 月 28 日	続柄	妻

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	**医師又は助産婦の証明欄 全ての項目について証明ください。**	別	□ 生産　□ 死産（妊娠　　週）
上記の			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 □ 当 **帝人グループ健康保険組合の資格を喪失している方のみ記入**
	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 5 年 5 月 1 日　**被保険者の住所・氏名・電話番号**

〒 791 － 0001

被保険者 住所 松山市北吉田町77

（請求者） 氏名 帝人　太郎

TEL: 089 － 999 － 1111

※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。