

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

被保険者
家族

出産育児一時金・付加金請求書

〔直接支払制度を
利用しないとき〕

注 ① 被保険者が記入するところ
② 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ
③ 委任状

被保険者証の 記号と番号	記号 1	番号 12345	事業所 の名称	〇〇〇〇 病院
被保険者の 氏名(自署)	健保 太郎		被保険者の 生年月日	昭和 平成 〇年 6月 3日
被保険者の 住所	〒 111-1111 東京都江東区〇〇1-2-3		TEL	00 (0000) 0000 内線番号()
出産の年月日	令和 Δ年 4月 27日	出生児の数	単胎・多胎(児)	
出産した 医療施設 などの 名称	〇〇〇〇産婦人科医院			
	所在地 東京都中野区〇〇1-2-3			
被扶養者の出 産であるときは	その者 の氏名	健保 花子	生年月日	昭 平 〇年 7月 2日生

② 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産年月日	平成・令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	出産児の数	単胎・多胎(児)	出産予定日	平成・令和 年 月 日
	出産した医療機関または市区町村で証明をもらってください			
	電話 (局) 番			

振込先名称	金融機関名称	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	預金 種別	普通 当座 別段	支店番号	口座番号
	預金者氏名 (カタカナ)						

※振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

③ 委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	〒 住所
		代理人 氏名 印
	被保険者の氏名	※自署の場合は押印を省略できます。

令和 年 月 日 提出

〔 受付日付印 〕

がん研究会健康保険組合