

出産育児一時金請求書

きんでん健康保険組合理事長 殿

請求
年月日

年 月 日

被 保 険 者 （ 本 人 ） 請 求	被保険者等	記 号		氏 名			⑩
		番 号			(年 月 日生)		
	住 所	(郵便が届くように書いて下さい) 〒 (-)					
	所 属 事業所	(会社名) (室・部・支店(社)) (課・所)					
	出生児の	氏 名					
		被保険者 との続柄					
	出産した 年 月 日	年 月 日		死産の場合	妊 娠 週		
委 任 状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 出産育児一時金 の受領を委任します。 年 月 日 被保険者 氏 名 ⑩						
請求が退職後または 任意継続被保険者の場合		支払希望の 銀 行 名	銀行	支店 [普通 No.]			

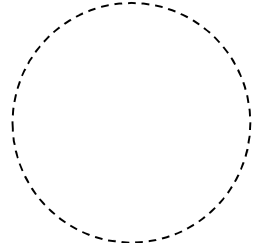
証 明 書 医師・助産師 または市区町村長が	出産した 年 月 日	年 月 日	生産又は 死産の別	生産・死産(妊 娠 週)		
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	備 考			
	上記のとおり相違ないことを証明する。			医療施設の所在地		
	年 月 日			医療施設の名称		
	TEL ()			医師・助産師の氏名 ⑩		
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名		出生年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	年 月 日					市区町村長名 ⑩

組 合 処 理	支 給 決 定 額		常務理事	事務長	係	係	係	資格照合	入力日	
	円									
	資格取得日	年 月 日	備考							
	資格喪失日	年 月 日								

被保険者のマイナンバー記載欄
(記号・番号を記入した場合は記入不要)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受 付 印



※ 被保険者へのご注意

- 氏名と委任状の印は同じ印をハッキリと押して下さい。
- 双児など2児以上分娩の場合は、1児ごとに本用紙を使用して請求して下さい。
- 死産等の場合、出生児の欄への記入は不要です。