家族出産育児一時金 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 番号		氏名	（　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）				
出産した家族の	氏名		出生児の	氏名	
	生年月日	年　月　日		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 家族出産育児一時金 の受領を委任します。 年　月　日　被保険者氏名　㊞				
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.　］			

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

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。

年　月　日

TEL　（　）

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名　㊞

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　㊞

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	
被扶養者認定日	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

1. 氏名と委任状の印は同じ印をハッキリと押して下さい。
2. 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。
3. 死産等の場合、出生児の欄への記入は不要です。

（2024.11）