

伺年月日	年	月	日
支給決定伺			
常務理事	事務長	係員	係員

支給額		円	
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日

被保険者  
家族

## 出産育児一時金請求書

被保険者証の 記号・番号	.	事業所の名称	
被保険者の氏名		被保険者の 生年月日	年 月 日
分娩年月日	年 月 日	死亡のとき はその旨	
分娩した場所	医療施設等 の名称		
	医療施設等 の所在地		
家族の分娩であるときは その氏名・生年月日			年 月 日
出生児の氏名		出生児の 生年月日	年 月 日
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由	
他からこの給付を 受けるかどうか	受ける ・ 受けない		
振込希望の銀行	銀行	支店[普通・当座]	口 番 号 名 義 人
備考		座	<フリガナ>
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 三重県自動車販売健康保険組合理事長 様			

証明 する 欄 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎( 児)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			
	本籍		筆頭者氏名	
	出生届出	年 月 日	出生児氏名	山 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				

## 委任状

受付日付印

この請求金額の受け取り方を \_\_\_\_\_ に  
委任します。

年 月 日  
被保険者氏名印

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。