

同年月日	年	月	日
支給決定伺			
常務理事	事務長	業務課長	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

① 被保険者証の 記号・番号			② 事業所の名称		
③ 被保険者の氏名			④ 被保険者の 生年月日	年	月 日
⑤ 分娩年月日	年	月 日	⑥ 死亡のとき はその旨		
⑦ 分娩した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地				
⑧ 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日			年	月	日
⑨ 出生児の氏名			⑩ 出生児の 生年月日	年	月 日
⑪ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	⑫ 出生児が被扶養者で ないときはその理由			
⑬ 他からこの給付を 受けるかどうか	受ける ・ 受けない				
⑭ 振込希望の銀行	銀行	支店[普通・当座]	口	番 号
⑮ 備考			座	名 義 人	<フリガナ>
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日 住所 被保険者の 氏名 ⑩</p> <p>三重県自動車販売健康保険組合理事長 様</p>					

証明 する 欄 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が	⑯ 分娩年月日	年	月	日	⑰ 生産・死産の別	生 産・死 産 (妊娠第 月又は第 週)
	⑱ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)				
	<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ⑩</p>					
	本 籍				筆頭者氏名	
	出生届出	年	月	日	出生児氏名	出生年月日 年 月 日
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>市区町村長名 ⑩</p>						

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 ⑩

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。