




同年月日	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

① 被保険者証の 記号・番号	〇〇・〇〇	② 事業所の名称	〇〇〇株式会社
③ 被保険者の氏名	三重 太郎	④ 被保険者の 生年月日	昭和56年 3月 1日
⑤ 分娩年月日	平成26年 4月 1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	〇〇病院	
	医療施設等 の所在地	三重県〇〇市〇〇町	
⑧ 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日	三重 花子	昭和60年 5月 1日	
⑨ 出生児の氏名	花代	⑩ 出生児の 生年月日	平成26年 4月 1日
⑪ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <u>ある</u> 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 ・ <u>受けない</u>		
⑭ 振込希望の銀行	銀行 支店[普通・当座]	口座 番号	<フリガナ>
⑮ 備考		座 義人	
上記のとおり申請します。 平成〇〇年 〇月 〇日			
		住所	三重県〇〇市〇〇町
		被保険者の 氏名	三重 太郎 
退職者・任意継続被保険者の方は必ず記入してください			
		保険組合理事長 様	

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 )						
	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	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 								

## 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。

委任する場合は忘れずに  
記入してください

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。