

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	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	令和 2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	令和 2年 4月 1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]	口座 番号 名義人 <フリガナ>
⑮ 備考			
上記のとおり申請します。 令和〇年 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 
		保険組合理事長 様	

**退職者・任意継続被保険者の
方は必ず記入してください**

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)			
	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

**退職者・任意継続被保険者以外
の方は忘れずに記入してください**

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。