

受付年月日	年月日
伺年月日	年月日
決済年月日	年月日
支給額	円
標準報酬月額	円(第級)

常務理事	事務長	担当者
資格取得	年月日	
資格喪失	年月日	
支払年月日	年月日	

被保険者
家 族

出産育児一時金支給申請書

被保険者記号・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	〒	—	
配偶者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	出生児の出生年月日	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		
他制度から給付を 受けているかどうか	受けている	受けていない		
振込希望の銀行	銀行	支店(普通 当座)		
備考				
上記のとおり申請します。 年月日				
健康保険組合理事長殿 〒 —				
被保険者の住所 氏名				

委任状	私は 本申請に基づく給付金の受領に関する ことを代理人と定め、次の権限を委任する。			年月日
	被保険者の住所 氏名 〒 —			
	代理人の住所 氏名 〒 —			
振込希望の銀行	銀行	支店(普通 当座)		

に医師による助産明師	分娩年月日	年月日	生産・死産の別 (妊娠第 月又は第 週)	生産・死産
	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します。 〒 —			年月日
医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				
に市による町証村明長	本籍	筆頭者氏名		
	出生届出日	年月日	出生児氏名	出生日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 市区町村長名			