

保険証の記号と
番号を記入

本人(被保険者)の出産なら
被保険者に○を記入

青枠の部分をご記
入ください

被保険者の標
準報酬月額
は記入不要

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

各社の提出先

<キッコーマン各社の提出先>
シェアードセンター経由→人事部
社会保険G着

<キッコーマン各社以外の提出先>
各社経由 → 人事部
社会保険G着

被保険者証の番号	第 号	事業所の名称 及び所在地	キッコーマン株式会社 千葉県野田市野田250番地 印
被保険者の標準報酬月額	千円	分娩年月日	平成 年 月 日
入院して分娩したとき は産院または病院の 名称及び所在地	所在地 名称	死産の時は その旨	被保険者 の住所
家族の分娩であるときはその者の氏名・生年月日	氏名	昭・平 年 月 日生	被保険者氏名
出生児の氏名	(第 子)	出生年月日	平成 年 月 日
医証 ・す 助 産 と 婦 こ の ろ	生産・死産の別	生産 死産 (妊娠 カ月)	上記のとおり相違ないことを証明する。
出生児の数	単胎 多胎 (児)	平成 年 月 日	
		所在地	印
		名称	印
		医師	
		助産婦	

提出方法及び締め切りは？

証明済の請求書を
毎月2日までに
人事部社会保険G必着で
お送りください
(2日が休みの場合は
前営業日まで)

印は、必ず、
押印してください。

赤枠内は医師または助産師の証明をお願いします
証明後は、所在地・名称・医師・助産師・印が必ず記入、
捺印があるかご確認ください