

被 保 険 者
家 族

出産育児一時金請求書

添付書類： 出産費用の領収・明細書のコピー
出産育児一時金の直接支払制度を利用しない旨の合意文書のコピー

被保険者証の記号・番号		事業所の名称		印	
被保険者の標準報酬月額		千円	及び所在地	委任を受けた給付金は貴組合との間で定められた方法で受領します。	
分娩年月日	平成/令和 年 月 日	死産の時は その旨	所属		
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	被保険者 の住所		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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	
出生児の氏名	(第 子)		被保険者氏名	印	
分娩年月日	平成/令和 年 月 日	給付金の受領は事業主に委任します。			
医証 師明 ・す 助る 産と 師こ のろ	生産・死産の別	生産 死産 (妊娠 週)	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)	令和 年 月 日		
			所在地		
			名称		
			医師	印	
			助産師	印	