支払年月日			3	令和	年	月	日	支 給 支 払 い 決 裁 書								
	支払額						円	常務理事	事務長	会 計	扱者	被扶養者 台帳照合				
支給	法定	出育	産児				円									
決定額	附加	出育	産児				円									
分	べん	の日		令和	年	月	日	資	各 取 得		年	月	日			
	備考							資	各 喪 失	令和	年	月	日			

被保険者被扶養者 出産育児一時金請求書

「直接支払制度」・「受取代理制度」を利用しなかった場合

TEL

											2	令和		年	月	日		提出
	被(	保険者証	記	記 号				事業所の名称										
	記	号・番号	番	番 号														
被保		被保険者の日							生年	月日	F	旧 •	平	年	月		目	
険 者		分べんした年	令和	令和 年 月			日	日 死産の時はそ 妊娠経過			<b>I</b>		妊娠	壬娠 ヶ月・			週)	
の記れ	入院して 分べんした ときはその 病・産院の 名称 所在地																	
入する				1														
るとこ	被扶養者が分べん								生年月日				昭	• 平	年	月		П
ろ		出生児の日						被保険者と出生児の関係						出生児が被保険者の被 扶養者であるかどうか			ある ない	
		出生児が被保険者 養者でないときはそ							22 - 23	$\neg$	備考							
	医	分べんした 年月日	令	和	年	月	日			または の別	-	生産	•	死産	(妊娠			<sub>ケ</sub> 月 週)
	師	出生児の人	出生児の人数単		多胎	(	)児		備	考								
	助	上記のとお	り相違な	よいことを	r証明す	る												
証	産				令和		年	月		日								
明す	師	医療施	設の名称	<b>妳·</b> 所在:	地	₹												
するところ	または		医師•	助産師	名									TI	EL			
	は 市	本籍									筆頭	者氏	名					
ろ	区	出生届出日 令和		年	月	月	出生児氏名					出	生年	月日	令和	年	月	日
	町村	上記のとお	り相違な	まいことを	と証明す	-る						-						
	が				令和		年	月		日								

_		
委	私は、下記の事業主を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和 年 月 日請求した出産育児一時金の受領に関すること。	
任	被保険者の 住所 氏名	健保受付印 \
状	事業所所在地 事業主名称 事業主氏名	

- ~ 添付書類 ~
- ※ 直接支払制度を利用しない旨を記載したもの
- ※ 出産費用の領収書(産科医療補償制度加入の有無記載があるもの)の写し

区市町村長名