

被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	社員番号			フリガナ			
	被保険者証	記号			被保険者氏名	⑩	
		番号			生年月日	昭和・平成	年 月 日
	資格取得日	昭・平・令	年 月 日	資格喪失日	平成・令和	年 月 日	
	出産年月日	平成・令和	年 月 日	新生児の数	単胎・多胎(児)		
	出生児氏名			続柄	第____子・()男()女		
	出産者が被扶養者の場合	被扶養者氏名			続柄		
生年月日		昭和・平成	年 月 日	被扶養者認定日から6ヶ月以内の出産ですか？	はい	いいえ	
医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	平成・令和	年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)		
	分娩の別	正常・異常		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。				令和	年 月 日	
在 職 中 の 請 求	委 任 状						
	上記給付金の受領を下記事業主に委任します。						
	所在地			氏名	⑩		
退 職 後 の 請 求	振込先	銀行・信用金庫・農協		支店・出張所			
		普通・当座	口座番号				
		名義人	(フリガナ)				
			(漢 字)				
事 業 主 証 明 欄	上記請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。					受 付 印	
	令和 年 月 日						
	所在地						
	事業所名						
	事業主名	⑩					

《添付書類》

◎医療機関等から交付される合意文書のコピー

◎出産費用の領収・明細書のコピー（産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、制度加入機関での出産を証明するスタンプを押印したもの）