受付No.	—

記入見本

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	ハナツバキ ハナコ
被保険者等 記号	○ ○ ○ ○	被保険者氏名	花椿 花子
被保険者等 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 （ 1 児）
		続柄	第 2 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			○いいえ

被扶養者（家族）が出産した場合、ご記入ください

医師または助産師の証明欄

出産年月日	○平成 ○令和 年 月 日	出産または死産の別	○出産 ○死産 （妊娠 週）
分娩の別	○		

医師または助産師の証明が必要です

上記のとおり相違ないことを証明します。

所在地

医療機関名

医師または助産師の氏名

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者 住所 ○○○○ ○○○ ○○ー○

氏名 花椿 花子

退職後の請求

振込先	○銀行 ○信用金庫 ○農協	○支店 ○出張所
名	（漢 字）	

退職後の方はこちらをご記入ください

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。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

事業主名

受 付 印

事業主の証明が必要です

《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表示があるもの）

備考欄

【資生堂健康保険組合】202412

Internal