

家族出産育児一時金 請求書

きんでん健康保険組合理事長 殿

請求
年月日

年 月 日

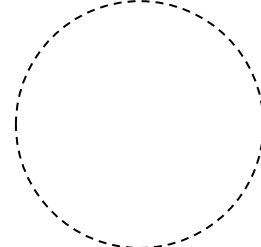
被 保 険 者 （ 本 人 ） 請 求	被保険者証の	記号 番号	氏名	(年 月 日生)		印
	住所	(郵便が届くように書いて下さい) 〒(-)				
	所属事業所	(会社名)		(室・部・支店(社))		(課・所)
	出産した家族の	氏名 生年月日	年 月 日	出生児の	氏名 被保険者との続柄	
	出産した年月日	年 月 日		死産の場合	妊娠 週	
	委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 家族出産育児一時金 の受領を委任します。 年 月 日 被保険者氏名 印				
請求が退職後または任意継続被保険者の場合		支払希望の銀行名	銀行	支店〔普通 No. 〕		

証 明 す る と こ ろ 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が	出産した年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)			
	出生児の数	単胎・多胎(児)		備考			
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
	年 月 日		医療施設の所在地		医療施設の名称		
	TEL ()	医師・助産師の氏名		印			
出生届出日	年 月 日	出生児氏名		出生年月日	年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。							
年 月 日		市区町村長名 印					

組 合 処 理	支給決定額	常務理事	事務長	係	係	係	資格照合	入力日
	円							
	資格取得日	年 月 日	備考					
	資格喪失日	年 月 日						
被扶養者認定日		年 月 日						

被保険者のマイナンバー記載欄
(記号・番号を記入した場合は記入不要)

受付印



※ 被保険者へのご注意

1. 氏名と委任状の印は同じ印をハッキリと押して下さい。
2. 双児など2児以上分娩の場合は、1児ごとに本用紙を使用して下さい。
3. 死産等の場合、出生児の欄への記入は不要です。