

3 9 0

※合意文書(写)および領収書(写)を添付して下さい。

制度の内容はこちらからご確認ください。

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書

家族 出産育児附加金

(注意事項)

◎「印欄」は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	9 0 0 0	② 被保険者の 氏名と印	東陽一郎			③ 印
	④ 被保険者の の現住所	〒	136-0071	TEL	03 (3649) 0000			
	被保険者の勤務 する(していた)事 業所の	名称	株式会社木材商店			所在地	〒 135-0016	
			江東区東陽 〇-〇-〇			TEL	03 (3649) 0000	
	⑤ 分べん した年月日	平成	21	年10月	20日	⑥ 生産児数	⑦ 死産児数	⑧ 死産のとき はその旨
						1人		
	入院し て分べん したとき は、その 産院の	⑨ 名称	〇〇病院			⑩ 所在地	江東区深川 〇-〇-〇	
	家族が分べんした ための請求である ときはその方の	⑪ 氏名	東陽菜々子		⑫ 生年月日	昭和 60 年 〇 月 〇 日生		
	⑬ 出生児の氏名	東陽さくら		⑭ 被保険者と 出生児の続柄	長女			
	資格喪失後、家族の被扶養者となったときは被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の	保険者名・ 記号及び番号		保険者名	〇〇国民健康保険		記号者名	12-345
備考								

平成 年 月 日 提出

医師助産婦または 区市町村長が証明する ところ	⑮ 分べんした年月	⑯ 平成 年 月 日	⑰ 生産または 死産の別	⑱ 生産・死産(妊娠 カ月)週
	⑲ 出生児の数	⑳ 単胎・多胎(児)	備考	
	㉑ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
	医療施設の名称・所在地 〒		⑲ 医師・助産婦名	
	⑳ 本 籍		㉑ 筆頭者氏名	
	㉒ 出生届出日	平成 年 月 日	㉓ 出生児氏名	㉔ 出生年月日
	㉕ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日		⑲ 区市町村長名	

※ 受付日付印

振込先 金融機関	〇〇 銀行 〇〇 本店	
	〇〇 信用金庫 〇〇 支店	
	預金種別	口座番号
① 普通	4567890	口座名義人
4. 貯蓄		(カタカナで記入願います)
		トウヨウイチロウ

支払予定日

◎請求の際に今一度確認を！「書きもれないか、印もれ無いか」

東京都木材産業健康保険組合