

※合意文書(写)および領収書(写)を添付して下さい。

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書

家族 出産育児付加金

(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 こ ろ	① 被保険者証の	記号						② 被保険者の氏名と印		③	◎請求の際に今一度確認を！ ”書きもれがないか、印もれがないか”	
		番号								④		
	④ 被保険者の現住所	〒 TEL ()										
	被保険者の勤務する(していた)事業所の	⑤ 名称										
	⑥ 所在地	〒 TEL ()										
	⑤ 分べんした年月日	令和 年 月 日	⑥ 生産児数	人	⑦ 死産児数	人	⑦ 死産のときはその旨		⑧ 妊娠経過期間	カ月 週		
	入院して分べんしたときは、その病産院の	⑨ 名称										
	⑩ 所在地											
	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				⑫ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 日生					
	⑬ 出生児の氏名				⑭ 被保険者と出生児の続柄							
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				⑮ 被保険者名・記号及び番号	⑯ 被保険者名	⑰ 記号者名						
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												
備考												

令和 年 月 日 提出

医師・助産師又は区市町村長が証明するところ	⑱ 分べんした年月日	⑲ 令和 年 月 日	⑳ 生産または死産の別	㉑ 生産・死産(妊娠 週)
	㉒ 出生時の数	㉓ 単児・多児 (児)	備考	
	㉔ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 [印] TEL ()			
	㉕ 本 籍	㉖ 筆頭者氏名		
	㉗ 出生届出日	令和 年 月 日	㉘ 出生児氏名	㉙ 出生年月日 令和 年 月 日
	㉚ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 区市町村長名 [印] TEL ()			

東京都木材産業健康保険組合

※ 受付日付印

振込先金融機関	銀行		本店
	信用金庫		支店
	預金種類	口座番号	口座名義人
	1.普通		(カタカナで記入願います)
	2.貯蓄		

支払予定日