

※合意文書(写)および領収書(写)を添付して下さい。

3 9 0

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					② 被保険者の 氏名と印		③ 印	
	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	名称								
		所在地	〒 TEL ()							
	⑤ 分べんした年月日	平成	年	月	日	⑥ 生産児数 人	⑦ 死産児数 人	⑧ 死産のときはその旨	⑨ 妊娠経過期間	ヵ月週
	入院して分べんしたときは、その病産院の	⑩ 名称								
		⑪ 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	⑫ 氏名	⑬ 生年月日	昭和	年	月	日生			
	⑭ 出生児の氏名	⑮ 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 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								⑯ 保険者名・ 記号及び番号	⑰ 保険者名
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	① 分べんした年月	② 平成 年 月 日	③ 生産または死産の別	④ 生産・死産(妊娠) ヵ月週
	⑤ 出生児の数	⑥ 単胎・多胎 (児)	備考	
	⑦ 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 〒		⑧ 医師・助産婦名	
	⑨ 本 籍		⑩ 筆頭者氏名	
	⑪ 出生届出日	平成 年 月 日	⑫ 出生児氏名	⑬ 出生年月日
⑭ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日				⑮ 区市町村長名
		⑯ TEL ()		

※ 受付日付印

振込先金融機関 (被保険者名義)	銀行 本店		信用金庫 支店
	預金種別	口座番号	口座名義人
	1. 普通 4. 貯蓄	(カタカナで記入願います)	

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