

3 9 0

※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	9 0 0 0	② 被保険者の 氏名と印	東陽一郎			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	2 5					印		
	④ 被保険者の 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							
	事業所の所在地	〒135-0016		TEL	03 (3649)	0000			
	⑤ 分べんした年月日	令和 1 年 6 月 10 日	⑥ 生産児数	⑦ 死産児数	⑦ 死産のときはその旨		⑧ 妊娠経過期間		カ月 週
			1 人						
	入院して分べんしたときは、その病産院の名称	〇〇病院							
	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氏名	⑨ 氏名	東陽菜々子		⑩ 生年月日	昭和 60 年 〇 月 〇 日生	平成 令和		
⑪ 出生児の氏名	東陽さくら		⑫ 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	被保険者名・記号及び番号		被保険者名	〇〇国民健康保険	記号者名	12-345			
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	⑬ 分べんした年月日	⑭ 令和 年 月 日	⑮ 生産または死産の別	⑯ 生産・死産(妊娠) カ月 週
	⑰ 出生時の数	⑱ 単児・多児 (児)	備考	
	⑲ 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 ()			
	⑳ 本 籍	㉑ 筆頭者氏名		
	㉒ 出生届出日	令和 年 月 日	㉓ 出生児氏名	㉔ 出生年月日 令和 年 月 日
	㉕ 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
1.普通	4567890	トウヨウイチロウ
2.貯蓄		(カタカナで記入願います)

支払予定日