

390

※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 と こ ろ	① 被保険者証の 記号	1 2 3 4	② 被保険者の 氏 名	木材 太郎				印
	番号	5 6 7 8						
入 院 し て 分 べ ん し た と き は、 そ の 病 産 院 の	③ 被保険者 の住所	〒 135 - 0000		TEL	03 (9999)	9999		
	被保険者 の勤務 する(して いた)事 業所の 名称	〇〇木材 株式会社						
入 院 し て 分 べ ん し た と き は、 そ の 病 産 院 の	④ 分べん した年月日	令和 〇 年 8 月 10 日	⑤ 生産児数	⑥ 死産児数	⑦ 死産のとき はその旨	⑧ 妊娠 経過期間	カ月 週	
	所在地	〒 136 - 0000		TEL	03 (1234)	5678		
入 院 し て 分 べ ん し た と き は、 そ の 病 産 院 の	⑨ 名称	〇〇産婦人科医院						
	所在地	東京都江東区〇〇 ×-×						
入 院 し て 分 べ ん し た と き は、 そ の 病 産 院 の	⑩ 氏名	木材 花子		⑪ 生年月日	昭和 平成 12 年 10 月 11 日 生			
	⑫ 出生児の氏名	木材 大樹		⑬ 被保険者と 出生児の続柄	長男			
入 院 し て 分 べ ん し た と き は、 そ の 病 産 院 の	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	記号番号		
					〇〇健康保険	12-345		
備 考								

令和 〇 年 10 月 10 日 提出

医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑭ 分べんした 年月日	⑮ 令和 年 月 日	⑯ 生産または 死産の別	⑰ 生産・死産(妊娠 カ月) 週	
	⑱ 出生時の数	⑲ 単児・多児 (児)	備考		
医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑳ 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 TEL ()				
	㉑ 本 籍	㉒ 筆頭者氏名			
医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	㉓ 出生届出日	令和 年 月 日	㉔ 出生児氏名	㉕ 出生年月日	令和 年 月 日
	㉖ 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 TEL ()				

※ 受付日付印

振 込 先 金 融 機 関	〇〇 銀行	△△ 本店
	信用金庫	支店
	預金種類	口座番号
① 普通	1234567	(カタカナで記入願います)
4.貯蓄		モクザイ タロウ

支払予定日

◎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”

東京都木材産業健康保険組合