

常務理事	事務長	係員

被 保 険 者 族 出 産 育 児 一 時 金 ( 付 加 金 ) 請 求 書

被保険者証の 記号・番号	事業所名称		被保険者の 標準月額報酬	円
被保険者の氏 名	被保険者の 生年月日		年	月 日
出産年月日	年	月	日	死亡のときは その旨
出産した場所	医療施設等の 名称			
	医療施設等の 所在地			
被扶養者の 出産である時は その氏名	被扶養者の 出産である時は その生年月日		年	月 日
出生児の氏名	出生児の 生年月日		年	月 日
出生児が 被扶養者	はい	いいえ	出生児が 被扶養者でない 理由	他制度から給付 を受けている
振込希望の 銀行	給与口座へ振込みます (給与口座がない場合 銀行 支店 普通 NO )			
備考				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">被保険者の</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">日本工営健康保険組合理事長 殿</p>				

※以下は、医師・助産師が証明する欄

出産年月日	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎( 時)
出産・死産の 別	生産・死産		( 妊娠 第	月	または 第 週 )
<p>上記のとおり相違ないことを証する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">医療施設の 名称・所在地</p> <p style="text-align: right;">医師・助産師名</p>					

※以下は、市区町村長が証明する欄

本 籍	筆 頭 者 名				
出生届出日	年	月	日	出生年月日	年 月 日
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名</p>					

【注意事項】

※印欄は、母子手帳の出生届ページのコピーで代用可能です