

支給額※				備考				
同年月日	年	月	日		常務理事	事務長	係	
決裁年月日	年	月	日					
資格取得日	年	月	日					
資格喪失日	年	月	日		分娩日	平成	年	月

**被保険者
被扶養者** **出産育児一時金 請求書**

平成 年 月 日 請求

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 番号			被保険者の氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日		印	
	事業所名								
	分娩年月日	平成	年	月	日	死産の時はその旨			
	分娩した場所	医療施設等の名称							
		医療施設等の所在地							
	被扶養者の分娩であるときは、その者の氏名	氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	フリガナ 出生児の氏名				被保険者と出生児の関係		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	
	出生児が被保険者の被扶養者でない時はその理由				他健保等から給付を受けているかどうか	受けている() 受けていない			
	出産育児一時金の直接支払制度を	利用している(明細書利用していない)			円)	備考			

市区町村長、医師、助産婦又は、助産師の証明	分娩年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月 週)	出生児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。平成 年 月 日					
所在地 医療施設の名称 医師又は助産婦名 市区町村長名						印
TEL — —						

委任状	私は	を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産育児一時金、金 円也の受領方を委任します。				
	本人 住所	平成 年 月 日				
	代理人 住所	氏名 _____ 印 _____				
	代理人 住所	氏名 _____ 印 _____				

振込先口座	銀行コード		銀行名	銀行	
	店番号		支店名	支店	
	預金種目	普通・当座	口座番号		
	口座名義	漢字 かか(必ず記入)			
領収書	金	円也領収いたしました。			平成 年 月 日
	宝グループ健康保険組合理事長 殿	氏名 _____ 印 _____			

受付日付印
(健康保険組合使用)

宝グループ健康保険組合