

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	令和 年 月 日	

被保険者  
被扶養者  
出産育児一時金 請求書

令和 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・令和 年 月 日	印
	事業所名				
	分娩年月日	令和 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・令和 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 の証明	分娩年月日	令和 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。 令和 年 月 日 所在地 医療施設の名 医師又は助産婦名 市区町村長名 TEL — — 印					

委任状	私は	を代理人と定め、令和 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。 令和 年 月 日
	本人 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。	令和 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