

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

2312・2316		記号	番号	事業所名	株式会社
被保険者証の		123	456		
被保険者が記入するところ	被保険者の氏名・印	(フリガナ)ダイオリ ケンタロウ 大織 健太郎		被保険者の住所	(フリガナ)オオサカシチュウオウク マチ 〒541 - 大阪市中央区 町2 - 6 - 9 - 101 電話(06) -
		(旧性)			
		生年月日	昭・平 40 年 月 日		
家族出産育児一時金の請求の場合は、分娩した家族の氏名等				* 備考(記入しないでください)	
(氏名)		(旧性)	(生年月日)	昭和・平成 年 月 日取得	昭和・平成 年 月 日認定
大織 康子		田中	昭・平40年 月 日	昭和・平成 年 月 日喪失	
分娩年月日		被保険者が分娩した場合		家族が分娩した場合	
平成	1 7	該当する支給要件はア、イ、のどちらですか ア、被保険者期間中の分娩 イ、資格喪失後6ヶ月以内の分娩		被扶養者になった時期はア、イのどちらですか ア、分娩の日より6ヶ月以上前 イ、その他	
出生児の氏名		資格喪失後加入している医療保険制度を下欄に記入してください		あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度を下欄に記入してください	
(フリガナ)ダイオリ ケンタ		続柄		あなた	
大織 健太		二男			
制度名及び被保険者名			健康保険組合	被保険者氏名 田中 康子	
電話番号(06)				被保険者証の記号 番号	

*下記の医師又は助産師が証明するところ、又は市区町村長が証明するところについては、いずれか一方で証明を受けてください。

医師又は助産師が証明するところ	分娩年月日	出産・死産の別	単胎・多胎妊娠の別	備考
	平成 年 月 日	出産・死産(妊娠第 週又は第 月)	単胎・多胎(児)	
うえのとおり相違ありません。				
	平成 年 月 日	医療機関等の所在地		
		医療機関の名称		
		医師又は助産師の氏名・印	印	
		電話 ()		

市区町村長が記入するところ	本籍	筆頭者氏名
	出生届の提出年月日	出生児氏名
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
うえのとおり相違ありません。		
	平成 年 月 日	市区町村長名 印

被保険者が記入するところ	金融機関名	口座預金種別	預金口座名義人の氏名
	銀行 店	普通・貯蓄・当座	カタカナで記入してください
	金庫 × × 支店	預金口座番号	ダイオリ ケンタロウ
	組合 出張所		
被保険者名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。			

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者(請求者)との関係
	平成 年 月 日	(フリガナ)	
	被保険者(請求者)住所	代理人の住所・電話番号	
	被保険者(請求者)氏名	(フリガナ)	
	印	電話()	

備考欄	受付印
-----	-----

*この欄の訂正は被保険者の印

*この欄の訂正は医師又は助産師の印

*この欄の訂正は市区町村長の印