

振込先	銀行		口座名	普通
	支店			当座
口座番号		その他		
口座名義人				

支給決定伺

支 給 額	常務理事	事務長	課長	担当
出産育児一時金	円			

被保険者

被扶養者

出 産 育 児 一 時 金 請 求

被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	記号 番号	事業所の名称 および所属	内線	
分 娩 年 月 日	令和 年 月 日			
被 保 険 者 が 分 娩 の 場 合	標準報酬 月 額	千円 第 級	資格取得	年 月 日
			資格喪失	年 月 日
被 扶 養 者 が 分 娩 の 場 合	被扶養者の 氏 名		被扶養者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日
入 院 を し て 分 娩 し た 場 合	産院または 病院の名称 及び所在地			自費で入院です か。健康保険で 入院ですか。 自費 健保 その他
出 生 児 の 氏 名			被保険者との続柄	
出生児はあなたの 被扶養者ですか	被扶養者である ・ 被扶養者でない（理由 ）			
他の健保組合及び他の 制度からの給付の有無	受けている（名称 ） ・ 受けていない			

医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ （どちらか一つ、但し直接支払制度利用の場合は証明不要。）	分娩した年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 週）	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎（ 児）	異常の場合は病名を記入のこと		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 職名（ ）医療機関名称 医療機関所在地 医師・助産婦氏名				
	本 籍			筆頭者氏名	
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名 印				

上記のとおり請求いたします。 令和 年 月 日 〒 被保険者 住所 〒 氏名 沖電気工業健康保険組合理事長 殿	
---	--