

支給決定書

伺年月日

令和 年 月 日

支出科目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	出産育児一時金
支給 金額	円	取得	年	月	日	常務理事
		喪失	年	月	日	
		分娩	年	月	日	
備 考						事務長
						主任
						係

出産育児一時金請求書

被保険者証の記号 及び番号	記号	番号	備考
被保険者の氏名	被保険者の生年月日		昭和 年 月 日
分娩年月日	令和 年 月 日		平成
(フリガナ) 出生児の氏名	続柄	出生児が請求者の 被扶養者かどうか	(イ) 被扶養者です (ロ) 被扶養者でない
(ロ) の場合 その理由			
他制度から給付を受けていますか	(イ) 受けています (ロ) 受けていません		
被保険者 の払渡希 望銀行	銀行	店	普通 No.
金融機関コード	支店コード		口座名 (カタカナ)
上記によって請求します 令和 年 月 日	被保険者の住所 (〒)		
	氏名		印 (自署の場合は押印不要)

HOYA健康保険組合理事長 殿

医師・助産師または市区町村長の証明欄	出産した年 月 日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 カ月 週)
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
	医療施設の名称・所在地 〒		医師・助産師名	印 電話 (局) 番
	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	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日				
市区町村長名		印	電話 (局) 番	

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

住所
本人 氏名 印
住所
代理人 氏名 印

受付日付印

決裁日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、マイナンバー確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。