

支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支出科目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	家族出産育児一時金				
支給金額					資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	
分娩日	令和		年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日
備考					扶養認定日	昭和 平成 令和	年	月	日	

健保受付印

支給日		月		日
-----	--	---	--	---

家族出産育児一時金請求書

被保険者証の 記号と番号	記号	***	番号	****	
分娩した被扶養者	氏名	(氏) ○○○	(名) ○○○○		
	生年月日	昭和 平成	* 年 * 月 * 日	続柄 **	
分娩年月日	令和	* 年 * 月 * 日	<input type="checkbox"/>	分娩が死亡のときは <input type="checkbox"/> に☑をしてください。	
出生児の氏名	(氏) ○○○	(名) ○○○○	続柄 **	<input type="checkbox"/> 出生児が請求者の被扶養者であるときは <input type="checkbox"/> に☑をしてください。	
出生児が請求者の被扶養者でないときは、その理由			<input type="checkbox"/>	他制度から給付を受けているときは <input type="checkbox"/> に☑をしてください。	
振込先指定口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は、左の <input type="checkbox"/> に☑をしてください。利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。)		
	振込先口座	申請者 OR 代理人	銀行	支店	
		(金融コード) ****	(支店コード) ***		
		普通 * * * * *	口座名義 (カタカナ)	○○○○ ○○○○	
氏名	(氏) ○○○	(名) ○○○○	生年月日	昭和 平成	* 年 * 月 * 日
住所	〒 - 都道府県から記入してください。		電話	**** - **** - ****	
HOYA健康保険組合理事長 殿		上記によって請求します。		令和 ** 年 ** 月 ** 日	

市医 区師 町・ 村助 長産 の師 証ま 明た 欄は	出産年月日	令和	年	月	日	出産または死産の別	出産	死産 (妊娠 週目)	
	出生児の数	単胎	多胎 (児)		備考				
	上記のとおり相違ありません。								
	医療施設	令和	年	月	日	名称			
		住所							
		医師・助産師名	電話番号		()				
		本籍	筆頭者氏名						
		出生届出日	出生児氏名			出生年月日			
	令和	年	月	日		令和	年	月	日
上記のとおり証明します。									
	令和	年	月	日	市区町村長名				

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、家族出産育児一時金の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	代理人が受け取る場合にご記入ください。						
		住所							

※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。
※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、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。 令和4年10月11日現在