

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	非常務理事
		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 000	番号 0000			
被保険者の氏名	健保 愛子	被保険者の生年月日			
分娩年月日	令和 00年00月00日	死亡のときはその旨			
(フリガナ) 出生児の氏名	ケンボ イチロウ 健保 一郎	続柄	長男	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	(例) 夫が扶養するため				
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	0000 銀行	0000 店	普通 No.	0 0 0 0 0 0 0	
望銀行	金融機関コード 0 0 0 0	支店コード 0 0 0	口座名 (カタカナ)	ケンボ アイコ	
備考					
上記によって請求します 令和 00年 00月 00日	被保険者の住所	(〒000-0000) 00県00市00町1-1 電話 000 - (000) -0000			
	氏名	健保 愛子 			
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

委任状	私は 〇〇〇〇 を代理人と定め、令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 に請求した出産育児一時金、金 〇〇〇〇 円也 の受領方を委任します。
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	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

