

出産育児一時金
 家族出産育児一時金

請求書

常務理事	事務長	係長	係員

本件支給して
 よろしいか

金額	¥
分娩 年月日	年 月 日

決済印	受付印

日東電工健康保険組合理事長 殿

* 出生児に係る氏名記載について、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要

被保険者証 記号 番号	2001 ○○○○○号	現住所	〒000-0000 ○○県○○市○○1-1		被保険者 氏名	健保 太郎	印
分娩の 年月日	00年00月00日	死産であると きはその旨		配偶者の分娩である ときはその氏名	健保 花子	出生児の 氏名	健保 二郎
被保険者 被扶養者の別	被保険者・被扶養者		出生児が被扶養者である時はその旨又は被扶養者でない時はその旨及び事由				
入院して分娩 したときは	病院等の名称	○○○病院		期間	自 00年00月00日	自 費	
	病院等の住所	○○県○○市○○2-2			至 00年00月00日	健康保険 その他	
請求金額	¥						
市町村長、医師 又は助産師の 事実証明	年 月 日に 児を 産したことを証明する			証 明 者 住所氏名印	印		
<p style="text-align: center;">病院で事実証明を記入 または 母子手帳の両親名記載ページと出産予定日記載ページのコピー</p>							