

出産育児一時金請求書

① 被保険者等 記号・番号	記号	② 事業所の名称 及び所在地	名称	
	番号		所在地	
③ 被保険者の 氏名			④ 被保険者の 生年月日	昭・平 年 月 日
⑤ 分娩年月日	令和 年 月 日	⑥ 死亡のとき はその旨		
⑦ 分娩した場所	医療施設等 の名称			
	医療施設等 の所在地	〒		
⑧ 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日				
⑨ 出生児の氏名			⑩ 出生児の 生年月日	
⑪ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある ない	⑫ 出生児が被扶養者で ないときはその理由		
⑬ 他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている		受けていない	
⑭ (退職者のみ記入) 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通)		口座 名義	フリガナ
⑮ 備考				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 被保険者の住所 (請求者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">住友ファーマ健康保険組合理事長 殿</p>				

⑯ 委任状 <small>給与での給付手続きを 事業主へ依頼する為 必要ですので、必ず 記入してください。 (任意継続被保険者・ 退職者は不要です)</small>	<p>私は②に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金)の受領に関する権限を委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 住所 被保険者の (請求者) 氏名</p>
--	--

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑰ 分娩年月日	令和 年 月 日	⑱ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	⑲ 出生児の数	単胎・多胎 (児)				
	<p>上記のとおり相違ないことを証する。</p> <p>令和 年 月 日 〒</p> <p style="text-align: center;">医療施設の名称・所在地 医師・助産師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					
	⑳ 本籍			㉑ 筆頭者氏名		
	㉒ 出生届出日	令和 年 月 日	㉓ 出生児 氏名		㉔ 出生 年月日	令和 年 月 日
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">市区町村長名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						