

健	受付年月日	・	・
保	資格取得日	・	・
記	資格喪失日	・	・
入	被扶養者認定日	・	・
欄	離職日	・	・

支給額	円	
支給日	年	月
課長	担当	処理

受付

被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被保険者記入欄	被保険者の 記号 記号・番号	記号 番号	個人番号 (マイナンバー)			
	※記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。					
	事業所の名称					
	分娩年月日	年 月 日	出産児の数	人	生産・死産の別	生産・死産
	被扶養者の分娩である時はその氏名		被扶養者の生年月日		年 月 日	
	フリガナ		被保険者との続柄		性別	男 女
	出生児の氏名*					
	フリガナ		被保険者との続柄		性別	男 女
	出生児の氏名*					
	※死産・流産・人工妊娠中絶の場合、「出生児の氏名」欄の記載は不要です。					
備考欄						

医師・助産師記入欄	分娩年月日	年 月 日	左記のとおり相違ないことを証明します	
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	年 月 日	医師 住所
	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 週)	又は	助産師 氏名

(注) 医師、助産婦の証明を別紙にする時は必ず本証明書を添付してください(「写」は認められません)

必要添付書類

- ① 出産された医療機関が交付する、代理契約を締結していない旨が記載された「直接支払制度合意文書」の写しを添付して下さい。
- ② 直接支払制度を用いていない旨の記載及び、産科医療補償制度に該当・非該当の記載(スタンプの有無)及び、代理受取額が記載された領収・明細書の写しを添付して下さい。

上記のとおり被保険者・家族出産育児一時金の支給を請求します

年 月 日

島津製作所健康保険組合理事長殿

被保険者	住 所	〒	—			
	フリガナ					
	氏 名					

在職者の給付金は、会社経由で支給いたします。

任意継続被保険者又は資格喪失後の給付金は、銀行預金口座へ振り込みいたしますので、下記に被保険者名義の預金口座を記入してください。

銀行名	支店名	支店コード	普通						
			貯蓄						
ゆうちょ銀行	記号		番号						