	支給年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務局長	リー	リーダー		当者
*											
支	支 給 額										
給											
	法 定										
決						出産年月日 昭	沼和・平成・令和	年	月	月	被扶養
議	備考					認定年月日 昭	沼和・平成・令和	年	月	日	者届
書	医療機関 支払(予定)日 令和	年	月	日	資格取得日 昭	?和・平成・令和	年	月	日	
	被保険者 金額	¥				資格喪失日 昭	?和・平成・令和	年	月	日	

被保险者

意事	耳項		家	族出	並 育 児	一時金	請	求書		(受助		4用)				
. イ. č 出	ア. 母		被保険者等 記号·番号(※)	記号 番号 1 2	11 2 34 5	被保险 氏名			田航 生年月日	花子		年 3 月	3 ∃			
産	子健			-Webに掲載してい	る「資格情報	のお知らせ」を	ご参照く	ださい								
定日	康手	被保	被保険者の 現 住 所		3-1234	i 郊田1-2	2-3			TEL	03 (1234) 1	111		
・ の ・ 2 ・ ケ	帳の写	除険	事業所名	株式会	+1	. ΙΔΙ <u>Ο</u>	<u> </u>	(<u>\</u>	△ 立『	TEL	03 (5678) 9	999)	
· 月	し - 子	者	家族の分娩であ	氏名	(T)L	UALUC	<u> </u>	(\(\triangle \)		月日	昭和平成	年	月) 日	
より受	の 保	が 記	るときはその者の 出産予定の						出産	予定日	平成	5 年	8 月	10	日	
付とな	護者	入	医療機関等名称 出産予定の		<u>抗病院</u> 3-1234	<u> </u>				TEL	03 (1234) 2	222	_	
計りま	及び出	す	医療機関等所在地	東京都	大田区	蒲田4-5		、	/ P P T 1	rite 12 H		周に のい	~ ->== :	1 0 3	-	
、 す i	産予	る		職後の出産のとき		現在の	保険証	コピーを	添付して	ください	1	関につい				
出 産	定日	と	被扶養者(家族	E)が認定日より64	7月以内に出				前に加入 R険者等	していた	:健康保険	について	ご記入	くださ	い	
費貸	記載	ころ	保険者名称 (健康保険)			□健康保障 □協会け。 □国民健康	んぽ	記力	 	命)	()			
付制度	ページ	.)	退職後の請求の 場合本人名義	金融機関名	店名	j	東金種別 一普通		関番号	店舗番	号	口力	· 座番号	<u>+</u>		
を利	文	Щ	の振込先				当座									
用し	は、	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・														
ているよ	出産予算		の医療機関	である甲は、医療 関等への直接支払 3費用の額の受領	ム制度は利力	用しない。甲が										
方や、	定日が	受	令和	年 月	日	C ₀										
医療	確認	取	甲(被	段保険者)の住所	₸											
機関	でき	代		氏名												
等	る医		乙(代	は理人)の住所	₸											
出産	療機	理	医猩	寮機関等の名称												
費 の	関等	人		氏名						TEI	_	()			
支	の			金融機関名	店名			金融機	関番号	店舗番		` D J	坐番	÷		
払が完	証明書	の	受取代理人に													
了 し て	を添付	欄	対する支払金 融機関	口座名義(フリガナ)		L		•		• '	•				
い る 方	して 下		大きポレト	り支給される出産育	原一陸 全築	の受領に関する	≻レた下言	見の考に	孟 仁1 まっ	F 1		受付日	1 仕印	i .	_	
は使用	さい		か明かによ	ノ人内で4で3円/生月	/1 『7亚守(▽▽× PR □ FR)	~ C.⊊ I, <u>B</u>	11V/11 (C)	女正しより	7 0		文刊「	1 17 H			

委任状 所在地 事業所名称 事業主証明印を、事業所健保窓口 にて、ご記入いただいて下さい。 事業主名称 被保険者の署名が必要です。 委任者氏名

特例退職及び任意継続 の方は記入不要。

	支給年月	日	令和	年	月	月	常務理事	F	事務局長		リーダー	担	当者
※ 支	支給	領											
給決	法 定							おりま	n·平成·令和	年	月	目	****** ***
議	備考		<u> </u>	<u> </u>	<u>! !</u>	<u> </u>	_	1	口•平成•令和	年		日	被扶養 者届
書	医療機関	反払(予定)	日 令和	年	月	目	資格取得日	昭和	n·平成·令和	年	月	月	
	被保険者	を額 ¥					資格喪失日	昭和	n·平成·令和	年	月	月	

被保険者

注意	意 事	項		家	· ※	出座下	 別兄	一時金	請	求書	•	(文	取代	埋	円)			
ウ. 被	イ. 出	ア. 母		被保険者等 記号·番号(※)	記号番号	11 1234	45	被保険氏			日航 生年月日	太郎		8 年	7 月	10	Я	
保険	産予	子健			ーWebに掲載			のお知らせ」を	とご参照く	ださい	11/41		1 ///		. /1			
者 が	定 日	康手	被保	被保険者の 現 住 所	〒 東京	123-12 京都大F		γγ П 1-	2-3			TEL	03	(1234)	111	1
資格喪	の 2 ケ	帳の写	険	事 業 所 名 (所 属)	株っ	式会社	,	JAI O	\bigcirc	(^	公部	TEL	03	(5678)	999	9
失後に	月前よ	し (子	者が	家族の分娩であ るときはその者の	氏名	日航	花子					. 月日	昭和平月	— ₍	50 年	3	月 3	3 日
請求す	り受付	の保護	記	出産予定の 医療機関等名称	I	日航病					出産	予定日	平月		5 年	8	月 1	0 日
る 場	となり	者及び	入す	出産予定の 医療機関等所在地	市	123-12	234	蒲田4-	5-6		1	TEL	03	(1234)	222	2
合は、	ます	出産	る	被保険者が退	7.77			現在	加入して		東保険及 を添付し ⁻			機関	につい	てご言	己入の	うえ、
新た	出	予定	と	被扶養者(家族	()が認定日	より6ヶ月以	内に出							保険に	こついて	ご記	入くた	さい
に加入	産費貸	日記載	Ĺ	保険者名称 (健康保険)				□健康保 □協会け	険組合 んぽ	被犯	保険者等 号・番号	-		(_)		
した	付制	~ 1	ろ	退職後の請求の	金融機関名		店名	□国民健	康保険 預金種別		(健康保 機関番号		番号	(・ 番	号	
健康保	度を利	· ジ ン 又		場合本人名義 の振込先	THAT NO P				当座		ADJII V	7,5	, ,	i				
除証	利用し	な、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、	1	「受取代理人の	欄」の甲は	被保険者、	乙は医	療機関等、	それぞ	れの署名	呂が必要	です。						
の写しを	ている方	出産予定	_	の医療機関	である甲は、 関等への直打 5費用の額の	妾支払制度	は利用	しない。甲										
添	や、	日が	受	令和	年 月	月												
付して一	医 療	確認	取	甲(被	段保険者)の													
下 さ い	機関等	できる	代	乙(代	ご理 人)のf	氏名 住所 〒												
0	へ出産	医療機	理	医猩	を機関等の名	名称												
	費の	関等	人		F	 毛名						T	EL		()		
	支 払	の証	\mathcal{O}		金融機関名		店名			金融核	幾関番号	店舗	番号	-	П	至 番	号	
	が 完	明書		受取代理人に 対する支払金														
	了してい	を添付し	欄	融機関	口座名義(フ	リガナ)												
	いる方は	して下さ		本請求によ	り支給されると	出産育児一時	寺金等の	受領に関する	ることを下	記の者に	二委任しま	す。		ž.	受付日	日付	印	
	使用でき	, 30	委任	所在地 事業所名称				業所健保							戦及び		継続	
	ません		状	事業主名称		、こ記人		いて下さ	V N₀				のた	は言	₹入不	安。		

被保険者の署名が必要です。 委任者氏名