

決裁 令和 年 月 日

支給額	十 万 千 百 十 円
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
標準報酬 月額	千円

常務理事	事務長	課長		担当者

健康保険 被保険者 家 族 出産・育児一時金内払金支払依頼書

①被保険者 記号	222	② 番号	333	③ 氏名	(フリガナ) イワテ ケンボ 岩手 健保
④ 現住所	〒020-0122 岩手県盛岡市みたけ3-32-18 TEL 019-641-7061				
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑤被保険者の勤務する (していた)事業所	⑦名 称	岩手県自動車販売健康保険組合		
		⑧所在地	岩手県盛岡市みたけ3-32-18		
	⑥ 分娩の日	令和 8年 12月 12日	⑦生産・死産の別	生産・死産(妊娠 10 ヶ月)	
	⑧ 分娩時の病院	⑦名 称	岩手県自動車販売健康保険組合病院		⑨入院 費用 の別
		⑧所在地	岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇		
	⑩ 出生児	⑦氏 名	(フリガナ) イワテ ケン 岩手 健	① 被保険者との続柄	長男
	⑪ 出生児が被扶養者であることの有無 及び被扶養者でないときはその理由	被扶養者で ある・ない (理由)			
	⑫ 被保険者の分娩	(夫)氏名	勤務先		
		保健の記号・番号	所在地		
	⑬ 家族分娩による請求	⑦家 族 氏 名	(フリガナ) イワテ ケンコ 岩手 健子	①生年月日	昭和 平成 令和 7年 12月 12日
⑦銀行等名			岩手 銀行 みたけ 本・支店		
⑭ 支 払 金 融 機 関	①預金の種類	普通預金・当座預金		確認	
	②口座番号	123456		□	
	③預金者の氏名	岩手 健保			

※ 注意事項

1. 標題は被保険者が分娩したときは「被保険者」を「家族」が分娩したときは「家族」を○で囲んで下さい。
2. 現住所・氏名は、はっきり記入してください。
3. 銀行口座・口座番号等は事業所担当者が確認してください。

受付印

岩手県自動車販売健康保険組合