

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 出産育児一時金請求書

被保険者（申請者）が記入するところ

① 被保険者 記号 番号	222-222	被保険者名	岩手 健子
② 事業所名称	岩手県自動車販売健康保険組合		
③ 家族の分岐である時はその者の 氏名			④ 妻が社会保険に加入していた時は妻の被保険者証（組合員証）の記号番号
	生年月日	昭和 平成 令和	
⑤ 出生児の氏名	岩手 健	⑥ 続柄	長男
⑦ 上記のとおり申請します。 令和 8年 12月 12日	郵便番号	020-0122	
	住所	岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇	
	被保険者 (請求者) 氏名	岩手 健子	
岩手県自動車販売健康保険組合 殿	Tel	019-641-7061	
委任状	上記金額の受領をつぎのとおり委任します	住所	岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇
	⑧ 委任された者の (個人名)	氏名	岩手 健保 続柄 (夫
	⑨ 委任する者 (請求者) の	氏名	岩手県自動車販売健康保険組合
⑩ 支払金融機関	⑦ 銀行等名	岩手 銀行 みたけ 本	支店 確認
	⑧ 預金の種類	普通預金	当座預金
	⑨ 口座番号	123456	
	⑩ 預金者の氏名	岩手 健子	

⑪ 医師又は助産婦が記入するところ

予定年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 ヵ月 日)
分娩年月日	令和 年 月 日		
出生児の数	単胎・多胎 (児)		
上記のとおり相違ありません	所在地		
令和 年 月 日	医療機関名		
	医師・助産婦名 氏名		
	Tel		

⑫ 市町村長が記入するところ

本籍		筆頭者氏名	
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 令和 年 月 日
上記のとおり相違ありません			
令和 年 月 日	市区町村長名		

注1 全額自己負担の方のみ、⑩欄又は⑫欄どちらか一方の証明をいただいで下さい。(医療機関は、証明代はかかります)

注2 ④欄は、妻が退職後6ヶ月以内の場合には、以前加入していた被保険者証番号を必ず記入して下さい。

注3 直接支払制度を利用しなかった場合でも、出産費用明細書と直接支払に合意しない文書の写しを必ず添付して下さい。

注4 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児氏名及び続柄の記載は不要です。