

届書コード		
6	3	A

健康保険 被 保 険 者 族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の		② 生 年 月 日					
	記 号	番 号	3	昭	年	月	日	
	③ 被 保 険 者 (請求者) の 氏 名		(フリガナ)		事業所の	(ア) 名 称		
	④ 被 保 険 者 (請求者) の 住 所		⑤ 郵便番号	(フリガナ)		(イ) 所在地		
	⑥ 被 扶 養 者 が 出 産 し た た め の 請 求 で あ る と き は 、 そ の 者 の		(ア) 氏 名	(イ) 生 年 月 日	年	月	日 生	
	⑦ 出 産 し た 年 月 日	令和	年	月	日	⑧ 生 産 児 数	⑨ 死 産 児 数	
	⑩ 入 院 し て 出 産 し た と き は 、 そ の 病 産 院 の		(ア) 名 称	(イ) 所 在 地	TEL			
	⑪ 資 格 喪 失 後 、 家 族 の 被 扶 養 者 と な っ た と き は 、 そ の 被 保 険 者 証 の		⑫ 被 扶 養 者 が 被 保 険 者 で あ っ た 場 合 は 、 そ の 時 の 被 保 険 者 証 の			備考		
	保 険 者 名 ・ 記 号 及 び 番 号							

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出 産 し た 年 月 日	令和	年	月	日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ・ (妊 娠 月 週)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			備 考		
	上記のとおり相違ないことを証明する						
	令和 年 月 日						
	医療施設の名称・所在地						
	医師・助産師名						
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
上記のとおり相違ないことを証明する							
令和 年 月 日							
市区町村長名							

委 任 状	私は	を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
		令和 年 月 日				
		住所 〒				
		被 保 険 者 (請求者) 氏名	Ⓜ			
	住所 〒					
	代 理 人 氏 名	Ⓜ				

神奈川県電子電気機器健康保険組合

受付日付印

振 込 希 望 銀 行 名		
銀 行 名	銀 行	支 店
種 別	普 通	当 座
口 座 番 号		
(フリガナ)	()	
口 座 名 義 人		