

健 保 組 合 記 入 欄	保険給付費支給決定並支出伺		常務理事	事務長		担当者
	支 給 額	円				
	(退職後半年以内の出産の場合) 資格喪失年月日	年 月 日				

東邦ガス健康保険組合 御中

被保険者・被扶養者 出産育児一時金請求書
(直接支払制度を利用しない場合用)

● 被保険者による記入欄

申請日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	所属部署	〇〇部〇〇〇グループ
	1 0	1 2 3 4 5	連絡先 (内線スマホ)	080-0000-0000 (710000)
被保険者氏名※	東邦 花子		事業所	東邦ガス 株式会社
分娩年月日	○年 ○月 ○日		生産死産の別	生産・死産 (妊娠 第 40 週又は第 月)
分娩した者の氏名(母親)	東邦 花子		分娩した者の 生年月日	○年 ○月 ○日
出生児の氏名(子ども) ※2	東邦 一郎		被保険者との続柄 ※2	長男
出生児は被扶養者で	ある ・ ない	被扶養者でない 場合その理由	夫側で扶養のため	

※1 被保険者は、上記の給付金を給与払いにて受領することを承諾します。

※2 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

● 被保険者の退職後に申請する場合、ご記入ください

現住所	〒 -			TEL () -
給付金の 振込口座	銀行		本店・支店	
	(コード:)		(コード:)	
	普通 ・ 当座	口座番号:	名義:	

● 医師又は助産師による証明欄 (戸籍謄本又は、親子関係が記載された住民票の添付での代用も可)

分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産
出生児の数	単胎・多胎 (児)		(妊娠 第 週又は第 月)
上記の通り相違ないことを証明します。			
住 所	年 月 日		
機 関 名			
医師・助産師の氏名			

添付書類：領収書のコピー (産科医療補償制度加入の場合、その文言が明記されているもの)

医療機関発行の代理契約に関する文書のコピー