

支給額	※	円	備考	常務理事	事務長	課長	係
⑤ 払年月日		年 月 日					
資格取得日		年 月 日					
資格喪失日		年 月 日		分べんの日	平成・令和	年 月 日	

被扶養者（家族） 出産育児一時金 請求書

令和 2年 7月 10日 請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 11	被保険者の氏名 健保 太郎			
	被保険者の 現住所	番号 1234	生年月日 S・H 59年 10月 1日			
	事業所名	〒 123-4567 東京都新宿区幡ヶ谷 1-2-3	TEL 03-4567-7890			
	分娩した者の氏名 生年月日	オリンパス株式会社 (内線 750-1234)	① 令和 2年 7月 4日	死産の時は その旨		
	フリガナ 出生児の氏名	健保 花子 S・H 61年 9月 6日	被保険者と 出生児の関係 長男	備考		
	扶養認定後（資格取得後） 6ヶ月以内の出産である とき	ケンボ イチロウ 健保 一郎	以前“被保険者（本人）”として健康保険へ加入していた。 <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他健康保険・共済組合) <input type="checkbox"/> いいえ (以前も家族の被扶養者だった) ※「はい」の方は「不支給証明書」の添付が必要です。ただし「国民健康保険」の場合は不要。			
	市区町村長 の 証 明 又 は 助 産 師 の 証 明 す る 欄	分 娩 年 月 日	令 和 年 月 日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヵ 月 週)	出 生 児 の 数

市区町村長 の 証 明 又 は 助 産 師 の 証 明 す る 欄	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 医師又は助産師名	医師・助産師の証明欄		
本籍 出生届日	令和 年 月 日	出生児氏名 出生年月日	令和 年 月 日
「医師・助産師」または「市区町村」 のどちらか一方の証明をもらって下			
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名	令和 年 月 日		
			印

本請求によって、「赤ちゃん和妈妈」の育児書を3年間お送りします。発送のため赤ちゃん和妈妈社にあなたの住所情報を渡します。⑥ 拒否
要として拒否される方は右欄の拒否の口にし印をつけてください。ただし、退職者は除きます。

注)OTの被保険者本人は給与組込しますので、「受取代理人の欄」の本人に記名、捺印して下さい。OT以外の被保険者と退職者の場合は銀行振込ですので、「振込を希望する銀行」の欄に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	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。 委任者と代理人との関係 令和 1年 7月 14日
本人 住所 氏名	② 東京都新宿区幡ヶ谷 1-2-3 健保 太郎
代理人 住所 氏名	

注)OT以外の被保険者と退職者の請求であるときは「振込を希望する銀行」の欄に記入してください。

振 込 を 希 望 す る 銀 行	銀行コード	② 0009	銀行名	〇〇 銀行
	店番号	123	支店名	幡ヶ谷 支店
	預金種目	③ <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0123456
	口座名義	カタカナ (必ず記入) 漢字		ケンボ タロウ 健保 太郎

備考
被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）には、備考欄に記載して下さい。
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（□）」にチェックを入れてください。
 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合 ）

事 業 主 が 証 明 す る 欄	上の申請について、事実に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	※受付印
	事業所	
	所在地 事業主名	

※出産育児一時金を42万円で請求される場合、産科医療補償制度加入印が押印された領収書のコピーの添付が必要です。

オリンパス健康保険組合