

支給額	※	円	備考	常務理事	事務長	課長	係
支払年月日	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

被保険者（本人）出産育児一時金 請求書

令和 年 月 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 花子
		番号 1234	生年月日 59年10月1日
	被保険者の現住所	〒 123 — 4567 東京都新宿区西幡ヶ谷1-2-3	
	事業所名	オリンパス株式会社 (内線 750-1234)	
	分娩年月日	令和 1年 7月 10日	被保険者と出生児の関係 長男
	フリガナ 出生児の氏名	ケンボ イチロウ 健保 一郎	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
	退職後（資格喪失後）の申請であるとき	被保険者期間が1年以上ありましたか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※どちらも「はい」の方のみ「不支給証明書」を添付のうえ 資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 請求ください。それ以外の方は申請いただけません。	

市区医師、村長、助産師の証明又は、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	単胎・多胎（ 児）
	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・助産師の証明欄 医師又は助産師名					
	本籍	「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				

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。不要として拒否される方は右欄の拒否の口にレ印をつけてください。ただし、退職者は除きます。 拒否

注)OTの被保険者本人は給与組込みですので、「受取代理人の欄」の本人に記名して下さい。OT以外の被保険者と退職者の場合は銀行振込となりますので、「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
	本人	住所 2 東京都新宿区幡ヶ谷1-2-3	令和 1年 7月 14日
	代理人	住所 氏名 健保 花子	

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 01234	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 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 ハナコ 健保 花子		

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、事実上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