支給額	※ 円	備考	常務理事	事務長	課長	係
支払年月日	⑤ 年 月 日					
資格取得日	年 月 日					
資格喪失日	年 月 日		分娩年月日	令和 年 月 日		

被保険者（本人）出産育児一時金　請求書

令和 4 年 10 月 31 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	昭和 平成 1 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		TEL 03-4567-7890			
事業所名	オリンパス株式会社		（内線 750-1234 ）			
分娩年月日 ①	令和 4 年 10 月 10 日	被保険者と出生児の関係	長男	死産の時はその旨		
フリガナ	ケンポ　イチロウ	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	☐ ある ☑ ない	出生児が被保険者の被扶養者でない時はその理由	夫の扶養のため	
出生児の氏名（死産等の場合は記載不要）	健保　一郎					
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 ☐ はい ☐ いいえ 資格喪失後６ヶ月以内の出産ですか ☐ はい ☐ いいえ	※どちらも「はい」の方のみ「不支給証明書」を添付のうえ請求ください。それ以外の方は申請いただけません。				

医師、助産師又は、市区町村長の証明する欄					
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	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		「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ください。			
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
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		市区町村の証明欄		印	

本請求によって、「赤ちゃんと！」の育児誌を3年間お送りします（退職者は除く）。発送のため赤ちゃんとママ社にあなたの住所情報を提供します。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。 ⑥ ☐ 拒否

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」の本人に記名して下さい。

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 4 年 10 月 31 日
本人	住所 ②	東京都新宿区幡ヶ谷１－２－３
	氏名	健保　花子
代理人	住所	
	氏名	

注）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」の欄を記入してください。

振込を希望する銀行					
銀行コード ②	01234	銀行名	○○	銀行	原籍OTの方は記入不要
店番号	123	支店名	幡ヶ谷	支店	
預金種目 ③	☑ 普通 ☐ 当座	口座番号	0123456		
口座名義	カタカナ（必ず記入）	ケンポ　ハナコ			
	漢字	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 ☑） ・ＯＴ以外の被保険者と退職者で「公金受取口座制度」を利用する場合は、本申請の前に口座登録の手続きを行い、下記に☑を入れてください。（上記口座欄の記入不要） ☐マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

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		

※産科医療補償制度の掛金を含む出産育児一時金の請求には、**制度加入を示すスタンプもしく該当する旨が印字された領収書コピーの添付** が必要です。

オリンパス健康保険組合

R4. 10

＊請求書の印刷はA4でお願いいたします。

【記入上の注意】ボールペン等の消えないペンで記入してください。

ＯＴ在籍者は給与で給付します。
他の事業所勤務者と退職者は銀行口座への振り込みです。

① 年月日を記入する場合、パソコンでの入力は半角数字で西暦で入力することで和暦表示されます。

② OTの被保険者本人は給与振込しますので、受取代理人の欄の本人に住所と氏名（戸籍姓）を記入してください。
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」の欄を記入してください。
ただし、被保険者本人以外の口座に振込を希望する場合は、受取代理人の欄に被保険者本人と代理人を記名してください。
事業主以外の代理人の場合は「委任者と代理人との関係」にその関係を記入してください。

③ 口部へはカーソルを当ててクリックすることでレの印がつけられます。

④ 字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、その上に正しい字句を記入してください。

⑤ ※印欄には記入しないでください。

⑥ 育児誌「赤ちゃんと！」は、出産時点で被保険者、又は被扶養者でなかった方への配付はありません。