

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	-	被 保 険 者 の 氏 名 と 印					
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒 () -						
	事 業 所 の 名 称 ・ 所 在 地							
	被扶養者が分べん したための請求で あるときはその者の	氏 名			生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日 生	
	分べんした年月日	平 成	年	月	日	死産のとき はその旨	妊 娠 経 過 期 間	カ 月 週
	入 院 し て 分 べ ん し た と き は、 そ の 病 ・ 産 院 の	名 称					他の制度から給付金 を受けますか	
		所 在 地					受ける・受けない	
	出 生 児 の 氏 名			被 保 険 者 と 出 生 児 の 続 柄			出生児が被保険 者の被扶養者で あるかどうか	あ る ・ な い
・ 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			保険者名・保険者番号・記号及び番号					
・ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の								

医師又は助産師が証明するところ（注・ に証明を受けている場合は不要です。）							
分べんした年月日	平 成	年	月	日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産（妊 娠	カ 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。 平 成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医 師 ・ 助 産 師 名							
市区町村長が証明するところ（注・ に証明を受けている場合は不要です。）							
本 籍				筆 頭 者 氏 名			
出 生 児 氏 名			出 生 年 月 日	平 成	年	月	日
上記のとおり相違ないことを証明する。 平 成 年 月 日 市区町村長名							

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日					
	被 保 険 者	住 所				
	氏 名	-----				
	代 理 人	住 所				
	氏 名	-----				
払渡希望銀行名	銀 行 信用金庫			支 店		
口 座 番 号	1. 普通預金		口 座 名 義	フリガナ		
	2. 当座預金			氏 名		

受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日提出

被保険者の押印については、氏名を本人自ら署名した場合は押印を不要とし、本人の自署以外の場合は本人の押印を必要とします。
ただし、委任状欄の被保険者及び代理人の、事業主の、医師及び助産師の、市区町村長の については、押印の省略はできません。