

支給 決議 書	金額	円	資格 得喪	年月日	常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者
	(備考)								
					同年 年月日	年 月 日	支給 年月日	年 月 日	

出産した方を 被保険者
 家族
 チェック

出産育児一時金請求書

被保 險者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	101 - 00000	事業所 の名称	〇〇〇株式会社	所属	〇〇〇〇〇〇駅	管理課長 課長補佐	
	出産者 氏名	〇〇 〇〇			生年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇日		
	出産した 年月日	令和 〇年 〇月 〇日			出生 児数	生産 1 児 死産 児 (妊娠第 週)		
	出生児の 氏名	※死産・流産・人工妊娠中絶 の場合は記載不要です。		続柄	被保険者 との続柄	他健保等からの 出産育児一時金		<input type="checkbox"/> 受給した・受給予定 <input checked="" type="checkbox"/> 受給しない
	出産した 医療機関	名称	医療機関名		所在地	医療機関の住所		

医師・ 助産師 または 市区町 村長に よる証 明欄	医師・ 助産師 による 証明の 場合	出産者 氏名	出生年月日	令和 年 月 日	主任 課員 所属長	
	市区町 村長に よる証 明の 場合	出生児 の数	<input type="checkbox"/> 単体 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	生産または 死産の別		<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 令和 年 月 日 医療施設の名称				
		医療機関・助産師 または 市区町村長 どちらかの証明を受けてください。 (印)				
市区町 村長に よる証 明の 場合		本籍	出生年月日	令和 年 月 日	所属長	
		母の 氏名	出生児 の氏名	出生 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 (印)						

上記により、金 420,000 円也 を請求します。

令和 〇年 〇月 〇日 被保険者 〒 (-)

産科医療補償制度未加入医療機
関での出産のときは、408,000
円が支給額になります。

住所 被保険者の住所

氏名 被保険者の氏名 (印)

健保受付印

昭和
生年月日 平成 〇年 〇月 〇日

東武鉄道健康保険組合 理事長殿