

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	支給	年月日	年月日		年月日	

出産した方を 被保険者
 チェック 家族

出産育児一時金請求書

被保険者記入欄	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 〇年 〇月 〇日 平成		
	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。		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
市区町村長による証明の場合		母の氏名	出生児の氏名	出生年月日	令和 年 月 日	
市区町村長による証明の場合		上記のとおり相違ないことを証明する。				
市区町村長による証明の場合		令和 年 月 日				市区町村長名

上記により、金 500,000 円也 を請求します。

令和 〇年 〇月 〇日 被保険者 〒 (-)

令和5年4月より500,000円。
産科医療補償制度未加入医療機関での出産のときは、488,000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

昭和 〇年 〇月 〇日
生年月日 平成 〇年 〇月 〇日

健保受付印

東武鉄道健康保険組合 理事長殿