

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	被保険者等 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	本籍	出生児の 氏名	出生年月日		令和 年 月 日
		母の 氏名	出生児の 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。		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。

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 〒 ( - )

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

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