

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 月日	年 月 日	支給 年月日	年 月 日	

被保険者
 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	—	事業所 の名称		所属		管理課長 課長補佐	
	出産者 氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	出産した 年月日	令和 年 月 日			出生 児数	生産 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		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 type="checkbox"/> 受給しない		
	出産した 医療機関	名称			所在地			

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			出産年月日	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						
		医師・助産師の氏名 (印)						
市区町村長による証明の場合	本籍				筆頭者 氏名			
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		
	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 円也 を請求します。

令和 年 月 日 被保険者 〒 (—)

住所

氏名

(印)

健保受付印

昭和
生年月日 平成 年 月 日

東武鉄道健康保険組合 理事長殿