

⑤	支給額	※	円	備考	常務理事	事務長	課長	係
	支払年月日		年 月 日					
	資格取得日		年 月 日					
	資格喪失日		年 月 日		分べんの日	平成	年 月 日	

被扶養者（家族）出産育児一時金 請求書

平成29年1月6日 請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 11	被保険者の氏名 生年月日	健保 太郎 (印) 昭和59年10月1日			
	被保険者の 現住所	〒 163 — 0914 東京都新宿区西新宿2-3-1		TEL	03-6901-4049		
	事業所名	オリンパス株式会社 (内線 1234)					
	分娩した者の氏名 生年月日	健保 花子 昭和61年9月6日		分娩年月日	① 平成28年12月20日	死産の時 はその旨	
	フリガナ	ケンボ イチロウ		被保険者と 出生児の関係	長男	備考	
	出生児の氏名	健保 一郎					
	扶養認定後（資格取得後） 6ヶ月以内の出産である とき	以前“被保険者（本人）”として健康保険へ加入していた。 <input checked="" type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> その他健康保険・共済組合) <input type="checkbox"/> いいえ(以前も家族の被扶養者だった) ※「はい」の方は「不支給証明書」の添付が必要です。ただし「国民健康保険」の場合は不要。					

市 区 医 師 村 長 の 助 産 師 印 を 貼 る 欄	分娩年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 ヵ月 週）	出生児の数	単胎・多胎（ 児）
	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・助産師の証明欄			
	医師又は助産師名		印			
本籍	「医師・助産師」または「市区町村」 のどちらか一方の証明をもらって下					
出生届日	平成 年 月 日	出生児			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		市区町村の証明欄				印

本請求によって、「赤ちゃんとママ」の育児書を3年間お送りします。発送のため赤ちゃんとママ社にあなたの住所情報を渡します。不要として拒否される方は右欄の拒否の口にレ印をつけてください。ただし、退職者は除きます。 ⑥ 拒否

注)OTの被保険者本人は給与組込しますので、「受取代理人の欄」の本人に記名、捺印して下さい。OT以外の被保険者と退職者の場合は銀行振込ですので、「振込を希望する銀行」の欄に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者と代理人との関係	
	本人	住所 ② 東京都新宿区西新宿2-3-1	平成29年1月4日	
	代理人	氏名 健保 太郎 (印)		

注)OT以外の被保険者と退職者の請求であるときは「振込を希望する銀行」の欄に記入してください。

振 込 を 希 望 す る 銀 行	銀行コード	② 100	銀行名	〇〇 銀行
	店番号	50	支店名	幡ヶ谷 支店
	預金種目	③ <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	123456
	口座名義	カタカナ（必ず記入） ケンボ タロウ 漢字 健保 太郎		

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）には、備考欄に記載して下さい。
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（）」にチェックを入れてください。
 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合 ）

事 業 主 が 証 明 す る 欄	上の申請について、事実相違ないことを証明します。平成 年 月 日		※受付印
	事業所 所在地 事業主名		
	所属先の総務の担当に提出すると 事業主名で証明してくれます		印

※出産育児一時金を42万円で請求される場合、産科医療補償制度加入印が押印された領収書のコピーの添付が必要です。

オリンパス健康保険組合