

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

被保険者（本人） 出産育児一時金 請求書

年 月 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	被保険者の氏名	印			
	被保険者の 現住所	〒	生年月日	年	月	日	
	事業所名	〒	TEL	(内線)			
	分娩年月日	年	月	日	被保険者と 出生児の関係		死産の時は その旨
	フリガナ 出生児の氏名		出生児が被保険者の被 扶養者であるかどうか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	出生児が被保険者の 被扶養者でない時は その理由		
	退職後（資格喪失後） の申請であるとき	被保険者期間が1年以上ありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※どちらも「はい」の方のみ「不支給証明書」を添付のうえ 資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか			
		資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	請求ください。それ以外の方は申請いただけません。			

市 区 医 師 村 長 の 助 産 師 又 は 、 証 明 す 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。												
	医療施設の名称・所在地												
	医師又は助産師名												
	印												
本籍							筆頭者氏名						
出生届日	平成	年	月	日	出生児氏名				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。													
市区町村長名													
印													

本請求によって、「赤ちゃん和妈妈」の育児書を3年間お送りします。発送のため赤ちゃん和妈妈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。 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。															
	本人	住所											平成	年	月	日
	代理人	住所											印			
		住所											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				銀行名	銀行							
	店番号				支店名	支店							
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座番号								
	口座名義	カタカナ（必ず記入）											
												漢字	

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											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