

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	

## 被保険者（本人） 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	健保 花子			印
		番号	1234	生年月日	昭和61年9月6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)			
	分娩年月日	①	平成28年12月20日	被保険者と 出生児の関係	長男	死産の時は その旨		
	フリガナ	ケンボ イチロウ			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 checked="" 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	夫の扶養のため
	出生児の氏名	健保 一郎						
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 checked="" 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			<input checked="" 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 証 明 又 は 、 助 産 師 の 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 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さい。			印		
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。			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  
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みしますので、「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。			平成 29年 1月 6日
	本人	住所	②	東京都新宿区西新宿2-3-1
	代理人	氏名	健保 花子	印
		住所		印
		氏名		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	②	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 ハナコ		
	漢字		健保 花子			

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（ <input type="checkbox"/> ）」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> ）
----	---

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	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	
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