

健保組合記入欄	保険給付費支給決定並支出伺		常務理事	事務長		担当者
	支給額	円				
	(退職後半年以内の出産の場合) 資格喪失年月日	年 月 日				

東邦ガス健康保険組合 御中

**被保険者・被扶養者 出産育児一時金請求書**  
(直接支払制度を利用しない場合用)

● 被保険者による記入欄

申請日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者証の 記号と番号	記号 10	番号 1234	所属	〇〇部 〇〇グループ 内線 ( 1234 )	所属長印 瓦斯
被保険者氏名※	東邦 花子		東邦	事業所 東邦ガス	株式会社
分娩年月日	平成 24 年 5 月 31 日		生産死産の別	生産・死産 (妊娠 第 40 週又は第 月)	
分娩した者の氏名(母親)	東邦 花子		分娩した者の 生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
出生児の氏名(子ども)	東邦 一郎		被保険者との続柄	長男	
出生児は被扶養者で	ある・ない		被扶養者でない 場合その理由	夫側で扶養のため	

※ 被保険者は、上記の給付金を給与払いにて受領することを承諾します。

● 被保険者の退職後に申請する場合、ご記入ください

現住所	〒 - - - - - TEL ( ) - - - - -				
給付金の 振込口座	銀行 (コード: )		本店・支店 (コード: )		
	普通・当座	口座番号:	名義:		

● 医師又は助産師による証明欄 (戸籍謄本又は、親子関係が記載された住民票の添付での代用も可)

分娩年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 第 週又は第 月)
出生児の数	単胎・多胎 ( 児)		
上記の通り相違ないことを証明します。			
住 所	平成 年 月 日		
機 関 名			
医師・助産師の氏名	印		

添付書類: 領収書のコピー (産科医療補償制度加入の場合、そのスタンプが押印されているもの)

医療機関発行の代理契約に関する文書のコピー