

出 産 育 児 一 時 金	円	支 給 金 額	円	決 議	年	月	日
家族出産育児一時金	円	資 格 取 得 日	年 月 日	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	
	円	資 格 喪 失 日	年 月 日				
	円	標 準 報 酬 月 額	千円				

出 産 育 児 一 時 金
家族出産育児一時金

請 求 書

年 月 日提出

社 員 番 号			所 属 部 署 名			
被保険者証記号一番号	—					
被 保 険 者 の 氏 名			生 年 月 日	年 月 日		
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒 (TEL)					
出 産 日	年 月 日		生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月 又は 第 週)		
出 生 児 の 氏 名 ※多児は全て記入			出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で あ る な い		
出 産 し た 病 院 等	名称		所在地	〒		
家族が出産したとき	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
被保険者が資格喪失後に出産したとき……………現在加入している健康保険について記入してください。 家族が伊藤ハム米久健保に加入して 6 ヶ月以内に出産したとき……………以前家族が加入していた健康保険について記入してください。						
健康保険組合等の 名称およびTEL	(TEL)					
被 保 険 者 証 記 号 一 番 号			被保険者氏名			
振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)	
			普通預金			
医 師 又 は 助 産 師 証 明 欄	出 産 年 月 日	年 月 日		生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 第 月 又は 第 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します。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医 師 ・ 助 産 師 名					

※上記証明以外に、出生届受理証明・住民票等、出生の事実を証明できるものでも差し支えありません。
【添付書類】・医療機関から交付される直接支払制度に関する文書（合意文書）の写し。
・出産費用の領収・明細書の写し。産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は「産科医療補償制度加入機関」であることを証する所定の印が押印されたもの。