

この欄は何も記入しないこと  
 本件支給決定してよろしいか

常務理事	事務長		担当者	支給決定欄								
				法定 付加	出 育	産 児	※					
出産年月日	年 月 日							1	1	0	0	0
資格関係	年 月 日取得 年 月 日喪失			合計金額								
扶養認定日	年 月 日認定			備考								

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書  
 家族 出産育児付加金



被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号番号	記号 〇〇	番号 ××××	②被保険者 の氏名	西日本 太郎		
	③被保険者の住所	〒〇〇〇-×××× 大阪市中央区〇〇町××-×× Tel. 06-△△△△-××××					
	④事業所の名称	〇×化成(株)					
	⑤家族（被扶養者）の分娩の請求の場合、その者の 氏名	西日本 花子	生年月日	昭和 60 年 3 月 4 日	続柄	妻	
	⑥分娩年月日	令和 3 年 4 月 1 日	生産児数	1 人	死産児数	人（妊娠第 週・妊娠 か月）	

市 区 町 村 証 明 欄	⑦資格喪失後の被保険者分娩の場合・・・分娩時に加入しておられた健康保険についてご記入ください。						
	⑧ご家族が西プラ健保に加入して6か月以内に分娩した場合・・・以前にそのご家族が加入していた健康保険についてご記入ください。						
	健康保険の名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険	健康保険組合にご加入の場合、その 健保組合の電話番号 Tel ( )	保険証の 記号・番号と 被保険者氏名	記号 _____ 番号 _____ 氏名 _____		
	分娩年月日	令和 3 年 4 月 1 日	生産又は死産の別	生産	死産（妊娠第 週・妊娠 か月）		
	出生児の数	単胎 多胎 ( 児)	備考				

振込先	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 3 年 4 月 3 日					
	医療機関名称	〇〇産婦人科医院		所在地	大阪市西区〇〇町×-〇-△		
	医師・助産婦名	日本 一郎					

委託状	本籍			筆頭者氏名			
	出生届出日	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。	年 月 日					

私は、本請求に基づく給付金の受領を  
 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ に委任します。  
 年 月 日  
 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

記入漏れが多い箇所となっております。