

支給支払決議書						
常務理事	事務長	担当者	担当者	支給額	本人
					家族
資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失	令和 年 月 日

(年 月 日 ~ 年 月 日 まで で認定されていたため支給)

※① 被保険者
家族

出産育児一時金請求書

(申請上の注意)
 ※①「被保険者」「家族」の別は該当する文字を○で囲んで下さい。
 ※②在職中の申請の場合は、受領を事業所に委任して下さい。
 ※③任意継続被保険者及び資格喪失後の申請の場合は必ず記入してください。

被保険者証			事業所の名称			
記号		番号				
分娩者	氏名			出生児が被扶養者ではない場合の扶養者の名称及び連絡先	名称	
	生年月日	昭・平	年 月 日		連絡先	()
出生児の氏名		フリガナ	分娩年月日	令和	年	月 日
上記のとおり請求します。 三井化学健康保険組合常務理事 殿				令和	年	月 日
〒		□□□□-□□□□	住所			
		被保険者	氏名印	Ⓔ		
			電話番号	()		
※②委任状	表記請求金額の受領を			に委任します。		
		被保険者	氏名印	Ⓔ		
※③振込先	銀行名	支店名	口座番号	口座名義		
	銀行	支店	普・当	フリガナ		

住 民 票 添 付 医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 又 は	分娩年月日	令和 年 月 日	左記のとおり相違ないことを証明します。
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	所在地
	正常・異常の別	正常分娩・異常分娩	氏名印

受付日付印

※ 扶養認定後6か月以内の出産で、以前国保に加入していた場合は、名称と連絡先を記入して下さい。

国保の場合	名称	連絡先 ()
-------	----	---------

(健保記入：資格取得 年 月 日 , 資格喪失 年 月 日 確認済)