

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	1111	番号	23456	MC食品株式会社		
分娩者	氏名	三井 康子		出生児が被扶養 場ではない先 場合の扶養先 健保の名称及 び連絡先	名称	
	生年月日	昭・平	59年12月12日		連絡先	( )
出生児の氏名	フリガナ	ミツイ	テンカ	分娩年月日	令和 元 年 5 月 1 日	
上記のとおり請求します。				住所	東京都健康区長寿町1丁目2-3	
三井化学健康保険組合常務理事 殿				被保険者 氏名印	三井 健太	
〒199-0000				電話番号	03 (0000) 0000	
※② 委任状	表記請求金額の受領を MC食品株式会社 に委任します。					
	被保険者 氏名印				三井 健太	
※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)	令和 年 月 日
	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)