

支給決定 伺	年 月 日	分娩年月日 年 月 日	常務理事	主任	担当
	支給額 円				
	備考				

被保険者
家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 証	記 号	番 号	(職場名)
分娩した者の氏名		被保険者との続柄 本人・配偶者	生年月日 年 月 日
分娩年月日	年 月 日	死産の時はその旨	
出生児の氏名	フリガナ	出生児と被保険者との続柄	男女
医師助産婦又は市町村長の証明欄	分娩年月日	年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日
医師	住所		
助産婦			
市町村長	氏名		印

※1 当健保に加入後、半年以内に出産された方は、前職の健康保険者名と資格喪失日(退職日の翌日)をご記入ください。

健康保険者名 _____ 資格喪失日 _____ 年 月 日

※2 「産科医療補償制度加入機関」で分娩された方は、同スタンプを押印の領収書と費用の内訳を記した明細書の写し及び代理契約に係る文書(合意文書)の写しを添付してください。その場合は50万円、その他は48万8千円

上記のとおり請求します。 _____ 年 月 日

三井E&S健康保険組合 御中 被保険者住所 _____
氏 名 _____ 印

上記金額の給付を事業主に委任します。 _____ 年 月 日

三井E&S健康保険組合 御中 被保険者氏名 _____ 印