

健康保険 出産育児一時金 支給請求書
 家族出産育児一時金

平成 年 月 日請求

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者の 記号・番号		被保険者の 氏名		印	
	被保険者の 現住所	〒 -				
	事業所の名称		被保険者の 標準報酬月額			
	分娩年月日	平成 年 月 日	死産のときはその旨			
	入院して分娩 したときは	病院等名称				自費
		病院等所在地				健康保険
						その他
	配偶者の分娩 であるときは その氏名・生 年月日				昭和 年 月 日 平成	
	出生児の氏名			出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある・ない	
	出生児が被扶 養者でないこ ときはその理由					
振込先	退職後の申請の場合は、希望振込先を記入（本人の口座名を記入してください）					
	銀行 支店	1. 当座 2. 普通	口座番号	口座名義人		
医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明	分娩年月日	平成 年 月 日	備 考			
	生産・死産の 別	生産・死産・妊娠 カ月				
	上記の通り相違ないことを証明する。					
	平成 年 月 日 医療施設 名称・所在地 医師または助産師氏名 (印)					

【添付書類】産科医療補償制度加入機関の発行する証明印の押印された領収書または請求書の写し
 医療機関等が発行する直接支払制度を利用しないことと健保組合名が記載された合意文書

コカ・コーライーストジャパン健康保険組合理事長殿

* 健保記入欄

支 払 決 議 書	同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係	被扶養者 台帳照合印	
	支払年月日	平成 年 月 日					
	支払額	円					
	支給決定の 額	法定 育児	円	摘 要	資格	得 平成 年 月 日	千円
		付加 育児	円			喪 平成 年 月 日	
分娩の日	平成 年 月 日		備考				

給付金の受領を代理人 に委任する。

平成 年 月 日

被保険者氏名

印