

出産育児一時金決定伺	支給額		円	常務理事	事務長	担当			
	支給内訳	出産育児一時金	円						
		出産育児付加金	円						
	資格取得		昭和・平成・令和				年	月	日
	資格喪失		令和				年	月	日

※これより上欄は記入しないで下さい

①医療機関等への直接支払制度を利用する場合

店名 _____

被保険者

出産育児一時金(内払金・差額・付加金)請求書

社員番号 _____

家族

ライフコーポレーション健康保険組合理事長殿 下記の通り請求します。

記入日 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の		フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日生		
	記号	番号			被保険者の氏名	⑩	
	郵便	—	住所	電話			()
	分娩年月日		令和 年 月 日	死亡のときは その旨			
	分娩 した場所	医療施設 等の名称	医療施設等 の所在地		〒 —		
	被扶養者の 分娩であるときは、 その氏名生年月日		昭・平 年 月 日生	出生児の氏名 (死産の場合は不要) 生年月日	令和 年 月 日生		
	出生児が被扶養者 であるかどうか	ある ない	出生児が 被扶養者でない 時はその理由	他制度から 出産育児一時金を 受けているかどうか		受けている 受けていない	
	振込希望口座 ・被保険者名義を 記入して下さい ・ゆうちょ銀行の 支店名は漢数字 3ケタです	金融機関コード	金融機関名		本(支)店コード	本(支)店名	
				銀行 農協 金庫 信組			本店 支店 出張所
		口座種別		口座番号		口座名義 (被保険者)	
普通 当座				カタカナで記入			

<添付書類> 医療機関発行の領収・明細書のコピー(領収日のわかるもの)