

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 ○○○

社員番号 ○○○○○○

被保険者 家族 出産育児一時金(内払金・差額・付加金)請求書

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 ケンポ ハナコ	生年月日	昭和・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	記 号	番 号				
	200	10000	被保険者の氏名	健保 花子		
	郵便	○○○—○○○	住所	○○市○○町○○1-2-3○○マンション102号室	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	○○産婦人科医院	医療施設等 の所在地	〒○○○—○○○ ○○市○○町○○1-2-3	
	被扶養者の 分娩であるときは、 その氏生生年月日		昭和・平 年 月 日生	出生児の氏名 (死産の場合は不要) 生年月日	健保 一郎 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	左記 ない 場合 夫が扶養する為	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 ケンポ ハナコ		

＜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)