

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

店名

②医療機関等への直接支払制度を利用しない場合

社員番号

被保険者・家族 出産育児一時金(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		被保険者の氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
	記号	番号		印					
	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		昭和・平成 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				

医師・助産師又は市区町村が証明する欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月又は第 週)		出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
	令和 年 月 日		医療機関の名称・所在地		印		
			医師・助産師名				
	本籍					筆頭者氏名	
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する							
令和 年 月 日		市区町村長名		印			

〈添付書類〉医療機関発行の ①合意文書のコピー 及び②領収・明細書のコピー(領収日のわかるもの)