

出産育児一時金	円	支給金額	円	決議	年	月	日	
出産育児一時金付加金	円	資格取得	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
家族出産育児一時金	円	資格喪失	年	月	日			
家族出産育児一時金付加金	円	標準報酬月額	千円					

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書
家 族 出 産 育 児 一 時 金

年 月 日提出

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	—	所 属 部 課 名	
被保険者の氏名・印	印	生 年 月 日	年 月 日 生
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒 (TEL)		
出 産 年 月 日	平 成 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 氏 名 ※多児はすべて記入		出 生 児 が 被 扶 養 者 か だ う か	被 扶 養 者 で あ る な い
出 産 し た 病 院 等	名 称	所 在 地	〒
家 族 が 出 産 し た と き	氏 名	続 柄	生 年 月 日 年 月 日 生

被保険者が資格喪失後に出産したとき……………現在加入している健康保険についてご記入下さい。
 家族が伊藤ハム健保に加入して6ヶ月以内に産したとき……………以前家族が加入していた健康保険についてご記入下さい。

健康保険組合等の 名称およびTEL	(TEL)
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	被 保 険 者 氏 名

振 込 先 (被 保 険 者) ※ゆうちょ口座は不可	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(フリガナ)
			普通預金		

医 師 又 は 助 産 師 証 明 欄	出 産 年 月 日	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)		
	<p style="text-align: center;">上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療施設の名称・所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 ・ 助 産 師 名 印</p>			

※上記証明以外に、出生届受理証明・住民票等、出生の事実を証明できるものでもさしつかえありません。

【添付書類】・医療機関から交付される直接支払制度に関する文書(合意文書)の写し

- ・出産費用の領収・明細書の写し。産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は「産科医療補償制度加入機関」であることを証する所定の印が押印されたもの。