

拾万 万 千 百 拾 円

| | | | | | | | |
|--------|------|----------------|---|---|---|--|--|
| 支給額決議書 | 支給額 | | | | | | |
| | 法定給付 | | | | | | |
| | 附加給付 | | | | | | |
| | 出産の日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 資格 | 取得 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 喪失 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | |

| | | | |
|------|-----|------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 担当 |
| | | | |

IHG・ANAホテルズ健康保険組合 被保険者 出産育児一時金請求書
家族

| | | | | | | |
|---|--|------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| 被 保 險 者 が 記 入 す る こ ろ | 被保険者証 記号・番号 | — | 被保険者の 氏名と印 | Ⓜ | 昭和・平成 年 月 日生 | |
| | 被保険者の住所 | 〒 (TEL) | | | | |
| | 事業所の名称 | | | 所属 | | |
| | 事業所の所在地 | | | | | |
| | 出産した年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 死産の場合はその旨 死産 人(妊娠 週) |
| | 被保険者と出生児の 続柄 | | | | | |
| | 被扶養者 が 出産の時 | 被扶養者 氏名 | | 昭和・平成 年 月 日生 | 扶養 認定日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| | 被扶養者認定後6ヶ月以内の出産の場合は、必ずご記入ください。 被扶養者が以前加入していた、健康保険は? | | | | | |
| | 健康保険者名 | | 記号・番号 | | 電話番号 | |
| | 資格喪失後の請求であって、請求者が現在 被扶養者である場合は、その被保険者証の | | 現在加入されている健康保険者名 | | 記号・番号 | |
| 支払金融機関 | フリガナ 銀行 本店 口座番号(普・当) _____ 信金 支店 _____ 農協 口座名義(カタカナ): _____ | | | | | |
| 委任 欄 | 私は、健康保険組合より受ける出産一時金の受領を所属する事業主に委任します。 令和 年 月 日 請求者氏名 Ⓜ | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|------------|---|-----------|---|---|----|-----------|-------------|
| 町 村 長 が 証 明 す る 所 | 医師・助産師又市区市 | 出産した年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 生産または死産の別 | 生産・死産(妊娠 週) |
| | | 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | | | 備考 | | |
| | | 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名 Ⓜ (電話) — | | | | | | |

| | | |
|------------|--|-------|
| 事業所 担当者 | | 受付年月日 |
| | | |