

ケンポ記入欄	支給決定伺						
	支給金額	円	出産日	H・R 年 月 日	取得	S・H・R . .	
	経伺	常務理事	事務長	課長		担当者	喪失
						備考	

健康保険 被保険者
家 族

出産育児一時金等請求書

被保険者の記入欄	被保険者証の記号番号	-		事業所(会社)の名称				
	出産者氏名			生 年 月 日	S・H・R 年 月 日生	続柄		
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)		分娩年月日		H・R 年 月 日		
	入院・分娩した医療機関等	名称						
		所在地	〒	TEL -				
	出生児氏名			出生児と被保険者との続柄			性別	男・女
	出生児は被扶養者で	ある・ない		被扶養者でないときの理由				
<p>上記の通り請求致します。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者の住所</p> <p>氏名(自署)及び 印 (印)</p> <p>大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL</p>								

医師のまたは証明は助産師	分娩年月日	H・R 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)			
	出生児数	単胎・多胎(児)					
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日						
	住所	TEL					
医療機関名							
医師または助産師氏名	印 (印)						

被保険者の記入欄	※在職者のみ記入	上記金額の受領を に委任します(会社名を記入)										
	※以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)											
	金融機関および支店名	銀行・信用金庫 支店										
	1.普通 2.当座	口座番号										
	フリガナ											
口座名義人												
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td colspan="3">所属事業所 確認印</td> </tr> <tr> <td style="width:33%; height:40px;"></td> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> </tr> </table>							所属事業所 確認印					
所属事業所 確認印												

大同健保

*直接支払制度、受取代理制度をご利用にならない場合、または海外で出産された場合のみこの用紙で請求できます。

【ご注意】 添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。