

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	S・H・R	
						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	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の名称	大同〇〇株式会社		
	出産者氏名	大同 康代	生年月日	S・H・R 〇年〇月〇日生	続柄	本人
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)	分娩年月日	H・R 〇年〇月〇日		
	入院・分娩した医療機関等	名称	〇〇 クリニック			
		所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	出生児氏名	大同 次郎	出生児と被保険者との続柄	子	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	夫の扶養に入るため			
<p>上記の通り請求致します。</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 〇〇〇</p> <p>氏名(自署)及び印 大同 康代 (印) (大同)</p> <p>大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p>						
医師または助産師の証明欄	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)					
被保険者の記入欄	※在職者のみ記入	上記金額の受領を 大同〇〇株式会社 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						
			所属事業所 確認印			

あてはまるものに〇印

必ず該当する方のいずれかに記入

会社名を記入

医師または助産師が記入

大同健保

社会保険担当部署の印

*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。