支給支払決議書	資格	取得	年　月　日	死亡年月日	年　月　日	常務理事	事務長	係
		喪失	年　月　日	傷病番号				
	支払日		年　月　日	支給額	円			

被保険者
家　族

出産育児一時金請求書

申請者情報			
被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者の生年月日 S・H・R　年　月　日
被保険者の氏名・印	（フリガナ）		㊞
所属事業所名			

申請内容						
家族（被扶養者）が分娩した時の申請の場合						
被扶養者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	被扶養者の生年月日	S・H・R　年　月　日	被保険者との続柄		
分娩年月日	年　月　日	分娩した医療機関名				
出生児の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	出生児と被保険者との続柄		出生児が被扶養者かどうか	ある　・　ない	
委任状	私は本請求に基づく給付金に関する受領を、代理人　　に委任します。 年　月　日　被保険者の氏名　　印					

資格喪失後の場合記入					
金融機関名	金融機関コード	店番コード	口座種別	□ 普通 □ 当座 □ その他（　）	
口座番号		口座名義（カタカナで記入）			

市区町村長が証明する欄					
医師・助産師又は	分娩年月日	出生児の数	単胎　・　多胎（　　児）	生産・死産の別	生産　・死産（妊娠 第　　週）
上記のとおり相違ないことを証明します。 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　　印					

東ソー関連健康保険組合 R1.5.1

〈記入上の注意点〉

1. 出生児と被保険者との続柄は、「長男」等を記入してください
2. 被保険者印は、委任状も含めて２個所捺印してください
3. 資格喪失後に請求する場合は、必ず振込希望の金融機関を記入してください
4. 産科医療保障制度に加入する医療機関等で出産した場合は、当該スタンプ印を受けた領収書のコピーを添付してください。
5. 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

備考欄	

出納日付印	受付日付印