資格	取得		支給額	円	常務理事	事務長	係
	喪失						
分娩年月日			決裁日				

被保険者
家族

出産育児一時金 内払金支払依頼書

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

申請内容				
被扶養者が分娩した時はその氏名・続柄・生年月日	氏名	続柄	生年月日 S・H 年 月 日	
出産した年月日	令和 年 月 日		出産人数	人
出産児の氏名・続柄	氏名	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						
支払金融機関	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）		

東ソー関連健康保険組合 R1.5.1

＜記入上の注意点＞

1. 被保険者印は、委任状も含めて2個所捺印して下さい。
2. 出生児と被保険者の続柄は、「長男」等を記入して下さい。
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下さい。
4. 医療機関から交付された、費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付して下さい。
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）

出納日付印	受付日付印

備考欄	