

提出日 令和 年 月 日

課長	担当

出産育児一時金（被保険者）

家族出産育児一時金（被扶養者）

内払金申請書

支給決定額 円

被 保 險 者 の 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名	分娩した者の氏名	分娩した者の生年月日	
	8	1234	健保 太郎	健保 花子	昭和 平成 元年 1月 1日生	
	事業所の名称		〇〇株式会社			
	出産年月日		平成 令和 元年 12月 1日			
	出生児の氏名		健保 愛子	性別	男・女	
	死産のときは その旨		妊娠 10ヶ月（ 36 週）			
	出産した医療機関 所在地・名称		所在地	愛媛県四国中央市〇〇町1-2-3		
			名称	〇〇病院		
	上記により申請いたします。 〒799-0101 被保険者 住所 愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45 氏名 健保 太郎 印健 電話 (0896)24-5055 保					
	被保険者の口座					
振込先金融機関名		支店名	預金種別	口座番号	被保険者名（口座名義）	
ふりがな いよ 伊予 銀行 農協		ふりがな みしま 本店 三島 支店	①普通 2.当座	1 2 3 4 5 6 7	ふりがな けんぼ 健保 たろう 太郎	
事 証 業 明 主 欄	本申請書の内容を確認し、上記の 通り相違ないことを証明します。		事業主の住所、名称、氏名及び印			

添付書類：医療機関等が発行する領収・明細書のコピー
医療機関等との合意文書のコピー