

提出先：被保険者⇒健康保険組合

| 支給支払決議書 |     |     |
|---------|-----|-----|
| 常務理事    | 事務長 | 担当者 |
|         |     |     |

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 | 支払年月日 | 年 月 日 |
| 伺年月日  | 年 月 日 | 支給額   | 円     |
| 決裁年月日 | 年 月 日 |       |       |

被保険者  
家族

## 出産育児一時金請求書

|  |                   |                        |               |                 |       |
|--|-------------------|------------------------|---------------|-----------------|-------|
| 被保険者証の<br>記号・番号  | —                 | 資格取得日                  | 年 月 日         | 資格喪失日           | 年 月 日 |
| 事業所の   | 名称<br>(部署名)       | 〒                      |               |                 |       |
|  | 所在地               | TEL:( ) —              |               |                 |       |
| 出産年月日  | 年 月 日             | 生産または死産の別              | 生産・死産         |                 |       |
| 出産した場所   | 医療施設等の<br>名称      | 医師の氏名( )               |               |                 |       |
|  | 医療施設等の<br>所在地     | 〒 TEL:( ) —            |               |                 |       |
| 被扶養者の出産で<br>あるときはその氏名  |                   |                        | 被扶養者の<br>生年月日 | 年 月 日           |       |
| 出生児の氏名   |                   |                        | 出生児の<br>生年月日  | 年 月 日           |       |
| 出生児が被扶養者<br>かどうか   | 被扶養者で<br>ある<br>ない | 出生児が被扶養者で<br>ないときはその理由 |               |                 |       |
| 振込希望口座<br>*退職後の被保険者のみ  | 銀行・信金<br>信組・農協    |                        | 本店<br>支店      | 普通・当座<br>その他( ) |       |
|  | 口座番号              |                        | 口座名義          | フリガナ            |       |
| 備考   |                   |                        |               |                 |       |
| <p>上記のとおり請求します。また、下記の事項について異議なく同意します。</p> <p>1. 原則、この請求書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領すること。但し、請求時の資格状況によってはこの限りではない。</p> <p>年 月 日<br/>フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿</p> <p>被保険者の 住所<br/>氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p> |                   |                        |               |                 |       |

|                             |                            |            |           |                        |       |
|-----------------------------|----------------------------|------------|-----------|------------------------|-------|
| 医師・助産師または市区町村長の<br>証明するところ  | 出生年月日                      | 年 月 日      | 生産または死産の別 | 生産・死産<br>(妊娠第 月または第 週) |       |
|                             | 出生児の数                      | 単胎・多胎( 児)  |           |                        |       |
|                             | 上記のとおり相違ないことを証する。<br>年 月 日 |            |           |                        |       |
|                             | 医療施設の名称・所在地<br>医師・助産師名     |            |           |                        |       |
|                             | 本 籍                        |            |           | 筆頭者氏名                  |       |
| 出生届出日                       | 年 月 日                      | 出生児<br>氏 名 |           | 出生<br>年月日              | 年 月 日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>年 月 日 |                            |            |           |                        |       |
| 市区町村長名                      |                            |            |           |                        |       |

**【この請求書に添付するもの】**

1. 医療機関から交付された直接支払制度に関する合意文書の写し
2. 医療機関から交付された領収・明細書の写し