※保険給付費決定伺

			担当者	担当者
支払額		記入例:本人の出産		
出産日	令和			

起案

健康保険 出産育児一時金支給申請書

		記号 1 0	番号	7654	事業所の	カゴメホ	朱式会社	〇〇支店	
	被保険者証の	1 0			名称		-		
		氏名	篭目 園	子	生年月日	昭和 平成	3 年 1	月 25日	
	出生児の氏名		篭目 凜	太	被保険者と 出生児の続柄	長男	出生児数	1 人	
被	出産年月日	令和 元	年 5	月 13 日	生産・死産 の別	生産死産	妊娠 経過期間	1 O ^{ヵ月} 週	
保	出産した場所	病院等の名称		名古屋××産女	帚人科病院				
	田座した場別	病院等所在地		名古屋市中区錦	二丁目14-15				
険		空でなるしま け	氏 名						
者	・ 被扶養者の出産であるときは その氏名と生年月日		生年月日 昭和 年 月 日						
が	出生児が被扶養者かどうか		被扶養	平成 者で	ある・(ない)				
記	出生児が被扶養者で		0.0.2	 夫の被扶養者し		<u> </u>			
,	ないときは	その理由		大の被状食者に	こなるため				
入	退職後6か月以口	内の出産ですか		加入していた . 健康保険)	・いいえ		
す				××××	銀行	×××	× 支店	普通	
る	振込先 ※被保険者の口座				(フリカ゛ナ)	カゴノ ソノ	7		
6			口座No.	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	カゴメ ソノ 篭目 園一	子		
欄	上記のとおり	申請します。							
	令和 元 年 5 月20 日								
			₹ 460	- 0003					
		被保険者住所	名古昼	屋市中区錦三丁	目14-15 カ	ゴメマンシ	ョン101		
		氏名	篭目] 園子					
	カゴメ健康の	呆険組合 殿							

医師	出産年月日	令和	年	月	日						
又は	生産死産の別	生 産	• 死産	(妊娠	月)	出生児の数	単 胎	・ 多 胎(児)		
助 産 婦	上記のとお	上記のとお この欄は医師・助産婦に証明をもらってください									
が証明する欄	正										

- ※ 医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー添付
- ※ 産科医療補償制度の対象分娩である場合、その旨を証明する所定の押印のある領収・明細書のコピー添付

※保険給付費決定伺

 支払額
 担当者

 出産日
 今和

起案

健康保険 と 出産育児一時金支給申請書

_												
	被保険者証の一	記号 10	番号	1 2 3 4	4	事業所の 名称	カゴメオ	株式会社 (○○支店			
		氏名	篭目 凜	太郎		生年月日	昭和 平成	2年10	月 5 日			
	出生児の氏名	2	篭目 凜/	々子		被保険者と 出生児の続柄	長女	出生児数	1 人			
被被	出産年月日	令和 元	年 5	月 13	日	生産・死産 の別	生産死産	妊娠 経過期間	10ヵ月週			
保	山产)を担示	病院等の名称		名古屋×>	(産奶	最人科病院						
	出産した場所	病院等所在地		名古屋市中区錦二丁目14-15								
険者	被扶養者の出済	産であるときは	氏 名	氏 名 篭目 菜々子								
有 が	その氏名と	生年月日	生年月日 昭和 (平成) 3 年 8 月 3 1 日									
	出生児が被扶	養者かどうか	被扶養者で ある・ ない									
記	出生児が被 ないときは											
入	退職後6か月以降	内の出産ですか		加入していた . 建康保険)	・いいえ)			
す	振込先	銀行名		×××	×		×××	× 支店	普通			
る	※被保険者の口座		口座No.	1 2 3 4 5	6 7	(フリカブナ) 口座名義人	がメジュン 篭目 純一	7/1500 一郎				
欄	上記のとおり申請します。											
	令和 元 年 5 月20 日											
	〒 460 - 0003 被保険者住所 名古屋市中区錦三丁目14-15 カゴメマンション101											
		氏名	篭目	純一郎		(A)	_					
	カゴメ健康は	保険組合 殿										

医師	出産年月日	令和	年	月	日					
又は	生産死産の別	生産・	死 産	(妊娠	月)	出生児の数	単 胎・	多 胎(児)	
助産婦が	上記のとお この欄は医師・助産婦に証明をもらってください									
証明する欄		医療施設の 医	所在地·4					(1)		

- ※ 医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー添付
- ※ 産科医療補償制度の対象分娩である場合、その旨を証明する所定の押印のある領収・明細書のコピー添付