健保記入欄		
	受付年月日	. .
	資格取得日	. .
	資格喪失日	. .
	被扶養者認定日	. .
	離職日	. .

支給額		円
支給日	年	月 日
課長	担当	処理

受付

□被保険者 □家族 出産育児一時金請求書

被保険者記入欄						
被保険者証の記号と番号	記号 番号	事業所の名称		所属		
分娩年月日	平成・令和 年 月 日	出産児の数 人		生産・死産の別	生産 ・ 死産	
被扶養者の分娩である時はその氏名		被扶養者の生年月日		昭和 平成	年 月 日	
フリガナ 出生児の氏名		被保険者との続柄		性別	男 女	
フリガナ 出生児の氏名		被保険者との続柄		性別	男 女	
出生児は被扶養者か	被扶養者で ある ない	備考				
備考欄						

医師・助産師記入欄		
分娩年月日	平成・令和 年 月 日	左記のとおり相違ないことを証明します 年 月 日
出生児の数	単胎・多胎 (児)	医師 住所 又は
生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 週)	助産師 氏名 印

(注) ＊ 医師、助産婦の証明を別紙にする時は必ず本証明書を添付してください(「写」は認められません)

必要添付書類

＊ **出産された医療機関が交付する、島津健保組合宛の代理契約を締結していない旨が記載された「直接支払制度合意文書」の写しを添付して下さい。**

＊ **直接支払制度を用いていない旨の記載及び、産科医療補償制度に該当・非該当の記載(スタンプの有無)及び、代理受取額が記載された領収・明細書の写しを添付して下さい。**

上記のとおり被保険者・家族出産育児一時金の支給を請求します

年 月 日

島津製作所健康保険組合理事長殿

被保険者			
	住所	〒 ー (TEL ー ー)	請求印
	フリガナ		
	氏名		

在職者の給付金は、会社経由で支給いたします。
任意継続被保険者又は資格喪失後の給付金は、銀行預金口座へ振り込みいたしますので、下記に被保険者名義の預金口座を記入してください。

銀行名	支店名	支店ｺｰﾄﾞ	普通 貯蓄							
ゆうちょ銀行	記号						番号							