

支給伺 年 月 日 医師の証明取得日（予定） 年 月 日

常務理事	事務長	主査	担当者	支給額	出産育児一時金		資格喪失後の場合
					出産育児附加金	円	
					合計		

被保険者

被扶養者

出産育児一時金請求書

被保険者が記入するところ	被扶養者分娩したための請求であるときはその者の	氏名	記入不要	生年月日	記入不要	日
	分娩年月日	2018年7月10日	資格喪失後のと	きはその年月日	年	月 日
	出生児の氏名	健保 明子	出生児が被扶養者であるかどうか	ある・	ない	
	出生児が被扶養者でないときはその理由	配偶者が扶養				

医師又は、助産師、市区町村長が証明するところ	① 医師又は助産婦が証明する場合	分娩者氏名		分娩年月日	年 月 日	分娩予定日	年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎（児）	生産又は死産の別	生産死産（妊娠ヶ月）	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 ※出生証明書（正）の添付でも代用可です。電話（ ） 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 印						
	② 市区町村長が証明する場合	本籍		筆頭者			
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名		出生年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 ※出生届受理証明書（正）の添付でも代用可です。印 市区町村長名							

※出生の証明欄は①②のいずれかの証明になります。ただし、①の証明の場合は、出生証明書（正）の添付でも可とします。

上記のとおり申請いたします。

2018年7月20日

東京電力健康保険組合理事長

殿

所属事業所名

東京支店

被保険者証
記号・番号

100 - 1234567

被保険者

現住所 東京都武蔵野市境南町〇-〇-〇

氏名 健保 花子

印

本人内線 970-〇〇〇〇