

被保険者
家族

出産育児一時金

請求書

※ 支給	同年月日		令和 年 月 日		支払決裁年月日		令和 年 月 日	
	支払年月日		令和 年 月 日		常務理事		事務局長	
	支払金額							
摘要	資格	得喪	令和 年 月 日					
			令和 年 月 日					

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		事業所の名称	
		番号			
	分べんした年月日	令和 年 月 日		死産のときはその旨	
	入院して分べんしたときは、その病院、産院の	(7) 名称			
		(1) 所在地			
家族の分べんによる請求であるときはその者の	(7) 氏名	(1) 生月 年 日	昭和 平成 年 月 日生 令和		
被保険者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。(※)					
※健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。					
被保険者本人が資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後の加入先			保険者名		
被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、認定前の加入先			電話番号		
			記号	番号	

上記のとおり **出産育児一時金** を請求いたします。

令和 年 月 日

〒

住所
被保険者の

氏名

エンターテイメント健康保険組合 殿

TEL ()

振込を希望する銀行等の名称

預金の種類及び口座番号

銀行
信用金庫

支店

正確に「フリガナ」をふってください

普通
当座

口座番号

フリガナ

口座名義人

※出産育児一時金等の直接支払制度を利用されるときは、下記の証明は不要です。

医師・ 助産師 又は市 区町村 長の証 明する ところ	分べんした年月日	令和 年 月 日	備考	
	生産、または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)		
	うえのとおり相違ないことを証明する。	住所	令和 年 月 日	
	職名 ()	氏名		
		TEL ()		

※ 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したものを添付してください)を添付してください。