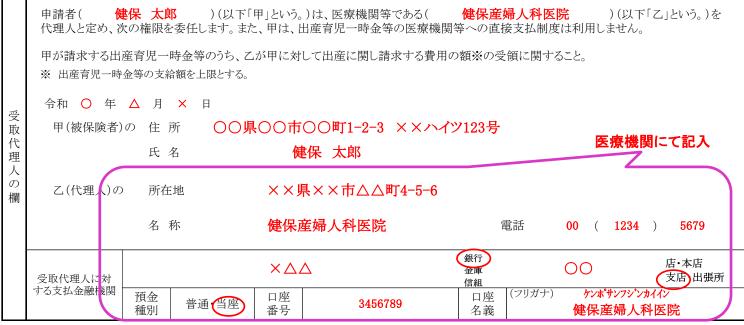
※支給決定伺			支給決定日 令和	年	月 日	
支 紿 額	法定給付	款 項 目	円常務理事	事務長	担当	受付日付印
	合 計	医療機関支給額	Н			
	台 計	被保険者支給額	円 分娩日	令和年	月日	

## 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

		р-	<b>-</b> /	H ) L 1	35 J	√µ□ · □ · □ □	<b>—</b> \/	~-// \	14 / 14 /				
	被保険者証	記号		00	番号	O×O		生年月日	平成〇	年 〇	月	×	日
申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者	氏名	i	(フリガナ)		ゲンポ タロ <b>健</b> (	<sup>r)</sup> R 太	郎					
	氏 名 住 所	住所	'			○○ケン○○シ○○チョウ ○県○○市○○町1-2-3 ××ハイツ123号 電話 12 ( 3456 )7891							
	出産予定日·数			令和 ○	年	00 月	Δ.	<b>△</b> 月	単)・多(	胎)			
	出産予定者 ※申請者と同一の場合	氏名	1	(フリガナ)		ゲンポ ハナコ <b>健保</b>	花子			続柄		妻	
	※中請名と同一の場合 不要です	生年月	日			昭和△△	年	00	O月 ××日				
	出産予定	名称	;	(フリガナ) ケンポ・サンフシ・ンカイイン 健保産婦人科医院									
	医療機関等	所在是		〒 111-2323 (フリガナ) ××ケン××シムムチョウ ××県××市ムム町4-5-6									
	申請者に対する		Ο×Δ				(	銀行 金庫 信組	Δ×	支店 出場			f
		重金 普通	多当座	中 至 日 至 番号	1234567		口座 名義						
	申請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。												
	申請者本人の退職等により、健康保険の内に出産す			つ、フ /ロ 7公		保険者名		協会けんぽ 東京					
	考タン記号. ベロケ		以内の取得・喪失の異動が :、必ず記入してください。 い場合は、支給できません。 とによる申			記号		111 番号			123456		
						保険者名							
	記号・番号	<u> </u>				記号			番号				



(備考欄)