

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者氏名			事業所の名称	
	被保険者証 の記号番号	記号	番号	所 属	
	分娩した年月日	年 月 日		死産のときは その旨	
	入院して 分娩した場合	産院又は 病院の名称			
		上記の所在地			
	配偶者が 分娩した場合	氏 名			
		生年月日	年 月 日		
	出生児について	氏 名			
被保険者 との続柄					
被保険者が 分娩したとき	夫の氏名	(年 月 日生)		夫の被保険者証 の記号・番号	
	勤務先名称	-----			
	勤務先住所	-----			
退職者のみ記入 振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合	支店	普通・当座	口座番号	
			名義人氏名	フリガナ	

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分娩した年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 週 日）
	出生児(胎児)の数	単胎・多胎（ 児）	産科医療補償制度	加入 有 ・ 無
	上記のとおり相違ないことを証明します。		医療機関等の所在地	
	年 月 日		" 名 称	
			医師または助産師名 Ⓔ	

【添付書類】

1. 生産の場合 → ①母子手帳1ページ目の写し(市区町村長証明印があるページ・保護者氏名が記入してあるもの)
又は請求書内に医師または助産師の証明をもらう。
②領収書の写し(産科補償医療制度加入のスタンプがあるもの)
③合意文書の写し(医療機関が発行する直接支払制度の合意確認書類)

2. 死産の場合 → 請求書内に医師または助産師の証明をもらう。

上記によって出産育児一時金を請求します。
なお私の受ける上記給付金の受領方を日新電機株式会社 社長 _____ に委任します。

_____ 年 月 日 _____ 住所 _____
被保険者 _____ 氏名 _____ Ⓔ

日新電機健康保険組合理事長殿

支給決定及び支払決議書

常務理事	事務長	係	支給年月日	法定給付額
			年 月 日	