

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
標準報酬月額	円(第 級)

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係員	主務
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者
家族 **出産育児一時金請求書**

①被保険者証の 記号・番号	②事業所の名称 (株)山梨中央銀行	③被保険者の 標準報酬月額	円
④被保険者の 氏名	⑤被保険者の 生年月日	年 月 日	
⑥出産年月日	年 月 日	⑦死亡のとき はその旨	
⑧出産した場所	医療施設等 の名称		
	医療施設等 の所在地	〒	
⑨被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日		年 月 日	
⑩出生児の氏名	⑪出生児の 生年月日	年 月 日	
⑫出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある ない	⑬出生児が被扶養者で ないときはその理由	
⑭他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている 受けていない		
⑮振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店 (普通 当座)		郵便局
⑯備考			
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 被保険者の住所 氏名 印 山梨中央銀行 健康保険組合 殿			

⑰委任状	私は 年 月 日 貴社を代理人と定め、次の権限を委任する。 金 円也の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 印 代理人の住所 〒 氏名 印
	⑱振込希望の銀行 又は郵便局 銀行 支店 (普通 当座) 郵便局

⑲領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 健康保険組合理事長 殿 年 月 日 受領者 住所 〒 氏名 印
------	---

※医師・助産婦又は市区町村長が証明をする欄	⑳出生年月日	年 月 日	㉑生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	㉒出生児の数	単胎・多胎(児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 〒 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 印					
	㉓本籍		㉔筆頭者氏名			
	㉕出生届出日	年 月 日	㉖出生児 氏名		㉗出生 年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 印						

※直接支払制度を利用する場合は、上記「医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄」の証明は必要ありません。