

款	保 険 給 付 費	常務理事	事務長	係	受付年月日 年 月 日
項	法 定 給 付 費				同年月日 年 月 日
目					決裁年月日 年 月 日
支給額	円				

健康保険 出産育児一時金 支給請求書
家族 出産育児一時金

被保険者が記入するところ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		被保険者氏名		
	被 保 険 者 の 住 所				
	事 業 所 の 名 称		連絡先		
	分 べ ん 年 月 日	年 月 日	死産のときはその旨		
	分 べ ん し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称			
		医 療 施 設 等 の 所 在 地			
	被扶養者の分べんである ときはその氏名、生年月日		昭和 平成	年 月 日	
	出 生 児 の 氏 名		出生児が 被扶養者かどうか	被扶養者で	ある ない
出生児が被扶養者で ないときはその理由					
備 考					
委 任 状	私は、 年 月 日 被 保 険 者 住所 氏名 代 理 人 住所 氏名 を代理人と定め、次の権限を委任します。				

医師、助産師または市区町村長が証明するところ	分べん年月日	年 月 日	生産・死産 の別	生産・死産	妊娠 第 月
	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 所 在 地 医 療 施 設 の 名 称 医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名 (印)				
	本 籍		筆頭者氏名		
	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する。 年 月 日 市 区 町 村 長 名 (印)					

北海道電力健康保険組合理事長 殿

※被保険者が出産した場合は、医師・助産師の証明を受けるか戸籍謄本を添付してください。

※被扶養者が出産した場合は、医師・助産師または市区町村長の証明を受けるか戸籍謄本を添付してください。