

常務理事	事務長	担 当		受付	年 月 日	資 格 取 得 日
					年 月 日	
支給金額		円		決裁	年 月 日	資 格 喪 失 日
					年 月 日	

被保険者
家 族

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

被保険者証記号番号	事 業 所 名 及 び 所 属 課 係					
● . ●●●●●	勤務先の名称 TEL					
分娩年月日	生産又は死産	請求金額	分娩した被保険者又は配偶者の氏名等			
年 月 日	生産・死産	円	(年 月 日生)			
分娩した医療施設等の	名称	ご記入ください				者 認 定
	所在地					
出生児の氏名等						
一人目	(カナ)	月 日		有・無(理由:)		
二人目	(カナ)	年 月 日		有・無(理由:)		
振込希望金融機関名等(資格喪失者のみ記入)			預金種類	口座番号	名 義 (フリガナ)	
銀行・信金 信組・農協			退職者、任意継続の方はご記入ください			
上記の通り請求し、給付金の受領方を()に委任します。						
年 月 日		〒	-	勤務先の名称 退職者、任意継続の方は記入不要		
デンカ健康保険組合 理事長 殿			(住所)	都・道 府・県	TEL ()	
(氏名)						

※日付および生年月日については、和暦でご記入ください。

※出産費用の支払いを証明する「領収書(写)」を添付のうえご請求下さい。

市町村長、医師又は助産婦の証明

分娩年月日	年 月 日	左記の通り相違ないことを証明する。	
生産又は 死産の別	生 産 死 産(妊娠)	年 月 日	証明を頂いてください
出生児の数	単 胎 多 胎 (児)	(氏名)	

(2021.03)