

資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令 年 月 日	支給決議書			
被保険者 ・ 家族(被扶養者)		対象被扶養者 認定日	昭・平・令 年 月 日	常務理事	事務長		扱者
出産日	令 年 月 日	出生児数	児	生産・死産( カ月 週)			
支給決定額	円		支給 決定日	令 年 月 日			
備考							健保受付印

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

東急百貨店健康保険組合 理事長殿								
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号		番号		勤務事業所			
	住所	〒 - -		電話	- -		退院後、自宅以外に滞在する場合は その連絡先電話番号 - -	
	資格喪失後の被保険者の出産のとき.....現在加入している健康保険についてご記入ください。 被扶養者が当健保に加入して <b>6ヶ月以内</b> に出産したとき.....以前被扶養者が加入していた健康保険についてご記入ください。							
	健康保険 保険者名称	電話 ( )				保険者証 記号・番号		
	被扶養者が出産した 為の請求の場合	(被扶養者) 氏名		(被扶養者) 生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	出産した年月日	令 年 月 日	出生児の氏名					
	上記のとおり請求します。 なお、本請求に基づく給付金の受領を事業主(事業主代理人)に委任します。 請求日 令 年 月 日 被保険者(請求者) 氏名 ㊟							
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)							
	備考欄							
	医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	令 年 月 日	生・死産の別	生産・死産(妊娠 カ月 週)			
出生時の数		単胎 多胎( 児)	備考					
上記のとおり相違ないことを証明します。 令 年 月 日 住 所 医療機関名 医師・助産師名 ㊟ 電話 ( )								
事 業 主 代 理 人 欄	事業主(代理人) 令 年 月 日 の 所在地 名称 氏名 ㊟							

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

### ！退職した方への注意事項！

※給付金の振込みは、退職前事業所経由で行いますので、退職前事業所の事業主証明を受けてください。  
その際に振込み方法をご確認ください。