

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者

受付年月日	年 月 日	支払年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日	支給額	円
決裁年月日	年 月 日		

被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被保険者証の 記号・番号	—	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
事業所の	名称 (部署名)	〒			
	所在地	TEL:() —			
出産年月日	年 月 日	生産または死産の別	生産・死産		
出産した場所	医療施設等の 名称	医師の氏名()			
	医療施設等の 所在地	〒 TEL:() —			
被扶養者の出産で あるときはその氏名			被扶養者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
出生児の氏名			出生児の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
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			
振込希望口座 *退職後の被保険者のみ	銀行・信金 信組・農協		本店 支店	普通・当座 その他()	
	口座番号		口座名義	フリガナ	
備考	上記のとおり請求します。また、下記の事項について異議なく同意します。 1. 原則、この請求書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で 受領すること。但し、請求時の資格状況によってこの限りではない。 年 月 日 フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者の 氏名 (印)				

医師・助産師または市区町村長の 証明するところ	出生年月日	年 月 日	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠第 月または第 週)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)			
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 (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)					

【この請求書に添付するもの】

1. 医療機関から交付された直接支払制度に関する合意文書の写し
2. 医療機関から交付された領収・明細書の写し