

日清製粉健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

下記の通り請求致します。

在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。

被保険者の住所

氏 名 印

昭和・平成 年 月 日生

支 給 額	支 給 決 議 書				決 定	令和 年 月 日
	常務理事	事務長		給付		
						令和 年 月 日
平成・令和 年 月	資格取得	昭和・平成 年 月 日			支 払	令和 年 月 日
等級 級( 千円)	資格喪失	平成・令和 年 月 日				

本 人 族 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

被 保 険 者 の 記 号 と 番 号	記 号 番 号	事業所の名称				
分 娩 の 年 月 日	令和 年 月 日	死産のときは その旨		標準報酬 月 額	円	
配偶者の分娩である 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						
分娩に関する 医師 助産婦 又は 市区町村長の証明						
分娩した年月日	令和 年 月 日	生産 又は 死産の別	生産 ・ 死 産 (妊娠 ヶ月)			
上記のとおり相違ない事を証明します。		令和 年 月 日				
職名( )		住 所		印		
		氏 名				