

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

昭和・平成 年 月 日生

Table with columns for payment amount, decision date, and qualification details.

いずれか該当に○を付けてください。

本家族

出産育児一時金 請求書

Main form for maternity benefit claim with fields for insured person, birth date, and hospital name.

医師、助産師、市区町村長いずれかの証明が必要です。

Section for medical proof, including fields for birth date and hospital name.

- グレー部分の記入がすべてされていることをご確認ください。
● 青枠の「医師 助産婦 又は 市区町村長の証明」欄の記載がされているかご確認ください。
● 添付書類
① 領収・明細書
② 合意文書のコピー
③ 「出産育児一時金附加金 請求書」