

支給金額	算定基礎	平成 年 月 日			
¥		常務理事	事務長	課長	係

被保険者

家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇	
	事業所の名称	〇〇信用金庫				
	出産した年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日				
	死産なるときはその旨		妊娠経過期間	カ月 週		
	入院して出産したときは、その病産院の名称・所在地	〇〇産婦人科 札幌市北区〇条〇丁目				
	出生児の氏名	(7)カ ^ナ	信金 のぞみ		続柄	長女
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある () ・ ない (理由)				
	被扶養者が出産したための請求であるときはその者の氏名	信金 花子	生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日		
備考*						

※ 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。)

上記のとおり請求いたします。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所 札幌市中央区北4条西5丁目1-4

被保険者

氏 名 信金 太郎



市 医 区 師 町 ・ 村 助 産 師 証 又 明 は	出産した年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		備考
	上記のとおり相違ない 平成 年 月	医療機関等の記入欄		
	医師・助産師名 市区町村長名			

