

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給請求書

被 保 険 者 （ 本 人 ） 記 入 欄	① 被保険者等	記号 番号	② 被保険 者氏名						
	③ 事業所名称								
	④ 被扶養家族が 出産の場合	氏 名					⑤ 続柄		
		生年月日	昭和・平成	年	月	日			
	⑥ 出産年月日	令和	年	月	日	⑦ 出生児	人	⑧ 死産児	人
	⑨ 出産した医療 機関	名 称				出生児の被保険 者(本人)に対する	⑩ 続柄		
所在地					⑪ 扶養		ある・ない		
⑫ 委任状	L I X I L 健康保険組合 理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に 委任いたします。 令和 年 月 日 被保険者 住所 ⑮ 氏名								

医師 ・ 助産師 証明欄	⑬ 出産年月日	令和 年 月 日	⑭ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)
	⑮ 出生児数	単胎・多胎（ 人）		
	上記のとおり、相違ないことを証明する。 所在地 医療機関名称 職名（ ） 氏名 電話 （ ） —			

退職後請求の場合の振込先	銀行		店	
	金庫		支店	
	農協		出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			

※消せるボールペン使用不可です

健保組合受付

LIXIL健康保険組合

記入見本

(令和6年12月改定)

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金支給請求書

令和 ** 年 ** 月 ** 日

被 保 険 者 (本 人) 記 入 欄	① 被保険者等	記号 番号	131 〇〇〇〇〇	② 被保険 者氏名	健保 花子									
	③ 事業所名称	株式会社LIXIL												
	④ 被扶養家族が 出産の場合	氏 名					⑤ 続柄							
		生年月日	昭和・平成	年	月	日								
	⑥ 出産年月日	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	⑦ 出生児	〇	人	⑧ 死産児	〇	人
	⑨ 出産した医療 機関	名 称	〇〇産婦人科医院			出生児の被保険 者(本人)に対する	⑩ 続柄	長女						
		所在地	東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-〇				⑪ 扶養	ある	ない					
	⑫ 委任状	L I X I L 健康保険組合 理事長 殿 上記に 委任い												
	委任状欄は、給与振込のために必要 です。必ずご記入ください。													
	自署(名前を直接手書きで記入) の場合は、押印を省略できます。													
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日														
被保険者 住所 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇														
氏名 健保 花子														

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	⑬ 出産年月日	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	⑭ 生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 月 週)			
	⑮ 出生児数	単胎・多胎 (人)											
	上記のとおり、相違ないことを証明する。												
所在地 東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-〇													
医療機関名称 〇〇産婦人科医院													
職名 () 氏名 〇〇 〇〇													
電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇													

退職後請 求の場合 の振込先	銀行	店
	金庫	支店
	農協	出張所
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

※自署の場合は押印を省略できま
※消せるボールペン使用不可です

健保組合受付

LIXIL健康保険組合

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金支給請求書

令和 ** 年 ** 月 ** 日

被 保 険 者 (本 人) 記 入 欄	① 被保険者等	記号 番号	131 〇〇〇〇〇	② 被保険 者氏名	健保 太郎				
	③ 事業所名称	株式会社LIXIL							
	④ 被扶養家族が 出産の場合	氏名	健保 花子			⑤ 続柄	妻		
	⑥ 出産年月日	生年月日	昭和・平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
	⑦ 出生児	〇		人	⑧ 死産児	〇		人	
	⑨ 出産した医療 機関	名称	〇〇産婦人科医院		出生児の被保険 者(本人)に対する	⑩ 続柄	長男		
	⑪ 扶養	ある		ない					
	⑫ 委任状	LIXIL健康保険組合 理事長 殿 上記に 委任い 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者 住所 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇 氏名 健保 花子 委任状欄は、給与振込のために必要 です。必ずご記入ください。 自署(名前を直接手書きで記入) の場合は、押印を省略できます。 健保印							

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	⑬ 出産年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	⑭ 生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)
	⑮ 出生児数	単胎・多胎 (人)		
	上記のとおり、相違ないことを証明する。 所在地 東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-〇 医療機関名称 〇〇産婦人科医院 職名 () 氏名 〇〇 〇〇 電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇			

退職後請 求の場合 の振込先	銀行	店
	金庫	支店
	農協	出張所
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

※自署の場合は押印を省略できま
※消せるボールペン使用不可です

健保組合受付

LIXIL健康保険組合