

※支給決定日				支給決定日 平成 年 月 日			
支 給 額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担 当	
	付加給付	款 項 目	円				
	合 計		円				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書 (本人への全額支給用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ		被保険者住所	〒							
		昭和・平成 年 月 日			電話 ()							
	所属事業所及び部署名	電話 ()										
	被扶養者の分娩である場合はその者の氏名			被保険者と分娩した者の続柄			分べんの日	平成	年	月	日	
	出生児の氏名	フリガナ		被保険者と出生児の続柄								
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由									
	①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について			保険者名	全国健康保険協会 () 支部 () 国民健康保険 () 健康保険組合							
	②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について			電話番号								
				記号			番号					

※医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください

(添付書類) ①医療機関から交付された「直接支払制度を利用していない」旨の文書の写し

②産科医療補償制度に加入している分娩機関等で出産した場合、領収書(請求書)の写し

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	分娩年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)								
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		備 考								
	上記のとおり相違ないことを証明する。											
	医療施設名の名称・所在地 医師・助産師名 ④ 電話 ()											
本 籍				筆頭者氏名								
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名			出生年月日	平成 年 月 日					
	上記のとおり相違ないことを証明する。											
市区町村長名 ④												

委 任 状	私は、出産育児一時金・出産育児一時金付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。										
	平成 年 月 日 被保険者氏名 ④										

支 払 金 融 機 関	任意継続被保険者または、資格喪失後の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。	銀 行 本店 信用金庫 支店 信用組合									
		支店番号	預金番号(右づめ)								
			普通・当座								
		名義人(フリガナ)									

平成 年 月 日提出

受付日付印