

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給	出産育児一時金	円	
内訳	出産育児一時金付加金	円	
標準報酬月額	千円(第 級)		

支給支払決議書			
常務理事	事務局長	係長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者家族 出産育児一時金(付加金)請求書

① 被保険者証の 記号・番号	② 事業所の 名称	③ 被保険者の 標準報酬月額	千円
④ 被保険者の 氏名	⑤ 被保険者の 生年月日	年 月 日	
⑥ 分娩年月日	年 月 日	⑦ 死亡のとき はその旨	
⑧ 分娩した場所	医療施設等 の名称		
	医療施設等 の所在地		
⑨ 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日		年 月 日	
⑩ 出生児の氏名	⑪ 出生児の 生年月日	年 月 日	
⑫ 出生児が被扶養者か かどうか	被扶養者である 被扶養者でない	⑬ 出生児が被扶養者で ないときはその理由	
⑭ 他制度から給付を 受けているかどうか	受けている	受けていない	
⑮ 振込希望の銀行 (給料振込口座)	銀行	支店(普通 )	
⑯ 備考			
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 氏名 健康保険組合理事長 殿 印			

⑰ 委任状	私は 年 月 日請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児一時金付加金(家族出産育児一時金付加金)のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の住所 氏名 代理人の住所 氏名			印
	⑱ 振込希望の銀行 (給料振込口座)	銀行	支店(普通 )	

医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄	⑲ 分娩年月日	年 月 日	⑳ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	㉑ 出生児の数	単胎・多胎( 児)			
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 印				
	㉒ 本籍		㉓ 筆頭者氏名		
	㉔ 出生届出日	年 月 日	㉕ 出生児氏名	㉖ 出生年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 印					