

※ 支支 給給 払払	同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱者																				
	支払年月日	令和	年	月	日																								
	支払額	拾万	万	千	百	拾	円	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">資格</td> <td>得</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>喪</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">配偶者 認定日</td> <td colspan="4" rowspan="2"></td> <td rowspan="2">備考</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </table>			資格	得	年	月	日	喪	年	月	日	配偶者 認定日					備考				
資格	得	年	月	日																									
	喪	年	月	日																									
配偶者 認定日					備考																								
決議書	支給内訳	法定	款	項	目	拾万	万	千	百	拾	円																		
	付加																												
	分娩の日	令和	年	月	日	摘要																							

健康保険 被保険者 配偶者 出産育児一時金・出産育児付加金請求書

令和 年 月 日請求

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号		被保険者 (申請者)の 氏名と印	(印)					
		番号								
	被保険者の 現住所	〒 TEL: - -								
	事業所名						部室名 (内線)	(8- -)		
	分娩した年月日	令和	年	月	日	死産の時は その旨				
	入院して分娩した 時は、その病院・産院の	名称								
		所在地								
	配偶者が分娩した 為の請求である 時はその者の	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日生
出生児の氏名	フリガナ				被保険者と 出生児の 関係				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 扶養者でない時はその 理由	氏名				続柄	の扶養となるため				

委任状	上記給付金の受領を右の者に委任します。
	令和 年 月 日 住所 [事業主] 被保険者名 (印) 氏名 (印)

医師・助産師 証明欄(どちらか一方で可)	分娩した年月日	令和	年	月	日	生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠週日)		
	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。								
	令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名		(印)						
市区町村長	本籍								
	筆頭者氏名				届出日	令和	年	月	日
	出生児氏名				出生年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明する。								
令和 年 月 日 市区町村長名		(印)							

・毎月25日までに健康保険組合に到着した分につきましては翌月給付に加算して支給致します。(退職される場合等、翌月給与が支給されない方につきましては、お手数ですが健康保険組合宛ご連絡下さい。)

・シャチハタ・ゴム印は使えません。

(添付書類) ①直接支払制度合意文書のコピー
②医療機関から交付される「出産費用内訳を記載した明細書・領収書」のコピー(産科医療補償制度に加入している分娩機関で出産した場合は、産科医療補償制度の対象分娩です。この印字やスタンプ等により明記されていること)