

支給支払決議書		常務理事	事務長		担当
支給額		円	資格取得	年	月 日
支給内訳	出産育児一時金	円	資格喪失	年	月 日
	出産育児付加金	円	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

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 の記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名 と生年月日		昭・ 平・令	年	月	日	
	事業所の名称								
	分娩年月日	令和	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産		
	分娩した医療施設等	名称							
		所在地							
	家族の分娩であるときはその氏名・生年月日					昭・ 平・令	年	月	日
	出生児の氏名			出生児の 生年月日	令和	年	月	日	
	振込先金融機関	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small> <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。 <small>→お届け頂いていない場合は別途”健康保険給付金振込先届”にて申請ください。</small>							
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 健康保険組合理事長 殿								

医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	分娩年月日	令和	年	月	日	生産・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)							
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 (印)								
	本籍								
	出生届出日	令和	年	月	日	筆頭者氏名			
	出生年月日	令和	年	月	日	出生児氏名			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 区市町村長名 (印)								