

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 00 番号 00000	被保険者の氏名 と生年月日	健保 花子 昭・ 平 令 2年 5月 1日	
	事業所の名称	新電元商事			
	分娩年月日	令和 1年 8月 1日	生産・死産の別	生 産 ・死 産	
	分娩した医療施設等	名称	新電元総合病院		
		所在地	埼玉県飯能市南町×-××		
	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	太 郎	出生児の 生年月日	令和	1年 8月 1日
	振込先金融機関	銀行 支店 口座番号 普通 ※ 届出済の口座に振り込みますので届出済の方は記入不要です			
	備 考				
	上記のとおり申請します。 令和 1年 8月 8日 住所 埼玉県飯能市南町×-×× 被保険者の 氏名 健保 花子 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)				