

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		
支給内訳	出産育児一時金	円	
	出産育児付加金	円	
標準報酬月額	円(第 級)		

支給支払決議書			
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 出産育児一時金(付加金)請求書**

被保険者の氏名欄に被保険者本人が署名(日章)したときは、押印が省略できます

① 被保険者証の番号	102 ××××	② 事業所の名称	東武ストア	③ 被保険者の標準報酬月額	円
④ 被保険者の氏名	東武百合子		⑤ 被保険者の生年月日	昭和○年 × 月 △ 日	
⑥ 出産年月日	○○年 △ 月 △ 日		⑦ 死亡のときはその旨		
⑧ 出産した場所	医療施設等の名称	池袋本町病院			
	医療施設等の所在地	〒 豊島区池袋本町 ×-×			
⑨ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日			年	月	日
⑩ 出生児の氏名	東武 緑		⑪ 出生児の生年月日	平成○年 × 月 △ 日	
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である	⑬ 出生児が被扶養者でないときはその理由	夫の扶養の為		
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 振込希望の銀行又は郵便局名	○○銀行		△△支店(普通当座 ××××)	郵便局	
⑯ 備考					

上記のとおり申請します。  
 年 月 日  
 被保険者の住所 〒 000-0000 豊島区池袋本町 ×-×  
 健康保険組合理事長 殿 氏名 東武百合子 (印)

会社の担当者を通して受け取る場合

⑰ 委任状	私は 年 月 日 貴組を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日 請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金) 出産育児付加金(家族出産育児付加金)のうち 円也の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 (印) 代理人の住所 〒 氏名 (印)
⑱ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店(普通当座) 郵便局

⑲ 領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名 (印)
-------	--

病院等に記入してもらって下さい

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 出産年月日	年 月 日	㉑ 生産 死産の別	生産・死産(妊娠第 月又は第 週)		
	㉒ 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・助産師名 (印)					
	㉓ 本籍			㉔ 筆頭者氏名		
	㉕ 出生届出日	年 月 日	㉖ 出生児氏名	㉗ 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)						