

支給決定及支払伺			出産育児一時金	円	支払 年月日
常務理事	事務長	担当者	出産育児付加金	円	年 月 日
			支 給 額	円	

健康保険

被保険者
家 族

出産育児一時金
出産育児付加金

支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日			
		番号						
	被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所	(〒) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。						
	事業所の 名 称						TEL ()	
	出産した方が 被扶養者の場合	氏名				生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	出 産 し た 年 月 日	令和 年 月 日	生産児数	死産児数		死産の時はその 妊娠経過期間 週		
			人		人			
出 産 し た 医療機関等の	名称				所在地	TEL ()		

証 明 欄	に 医 師 ・ 助 産 師 場 合	出産した年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	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 医療機関等の名称・所在地 医師・助産師名 TEL ()					

振 込 希 望 口 座	銀行 ・ 信組 金庫 ・ 農協	支 店 出張所	預金種別	口座番号				口座名義(カタカナ)			
	□ 普通 □ 当座										
	[金融機関コード]	[店番号]									

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委 任 状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※□にチェックを入れてください □ 事業主の選定した保険給付金受領代理人(振込口座の記入は不要です) □ その他の受取代理人 住所 被保険者(申請者) 氏名	受 取 代 理 人 情 報	代理人 住 所	(〒) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	フリガナ			
	代理人 氏 名			

- 添付書類
- (1)医療機関等との合意文書の写し
(2)産科医療補償制度対象分娩の場合は、その旨が印字やスタンプにより明記された明細書または領収書の写し