

| | | | | |
|---------|-------|---|---|---|
| 支給支払決議書 | 伺年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 決裁年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 支払年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 支払額 | | | |
| | 出産の日 | 年 | 月 | 日 |

| | | |
|---------|-------|-------|
| 支給支払決議書 | | |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |
| 資格 | 資格取得日 | 年 月 日 |
| | 資格喪失日 | 年 月 日 |

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書（差額のみ請求される方）

| | | | | | |
|---|--|--|--------|--------------------------|------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ | 被保険者証の記号・番号 | — | 事業所名称 | | |
| | 被保険者 (請求者)の | 個人番号(マイナンバー) | | | |
| | | 氏名 | Ⓜ | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | | 住所 | 〒 | | |
| | | TEL — — | | | |
| | 出 産 年月日 | 平成 年 月 日 | 生産児数 | 死産児数 | 妊娠経過 期間 |
| | | | | | ケ月 出産児の 週 氏 名 |
| | | | | | (フリガナ) |
| | 被保険者が 出産した場合 | 当組合の資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について | | | |
| | | 健保等の名称 | 被保険者氏名 | 記号・番号 | |
| 被扶養者 (家族)が 出産した場合 | 個人番号(マイナンバー) | | | | |
| | 氏名 | (フリガナ) | 続柄 | 生年月日 昭和・平成 年 月 日 | |
| | 当組合に加入して6ヶ月以内に出産した場合、以前に加入していた健康保険について | | | | |
| | 健保等の名称 | 本人・家族の別 | 記号・番号 | 加入時の氏名 | |
| | | 本人 家族 | | 昭・平 年 月 日～ 平成 年 月 日まで | |
| 振込銀行 | 銀行 | 支店 | 普・当 | NO. | |
| | | | | 名義(カナで) | |
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者(請求者)・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと | | | | |
| | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | | 請求者と代理人との関係 | |
| | 被保険者 (請求者) | 氏名 | Ⓜ | 住所 〒 平成 年 月 日 | |
| 代理人の 氏名と印 | (フリガナ) | 代理人の 住 所 | Ⓜ | 〒 | |

【添付書類】

- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
 (「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載と「産科医療補償制度のスタンプ」が捺印されているもの)

| |
|--------|
| 事業所担当印 |
| |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|