

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	〒		
	出 産 年月日	平成 年 月 日	生産児数	死産児数	妊娠経過 期間
	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	
		TEL — —			
	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.	
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)	Ⓜ	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
-------