

支給決定伺	常務理事	事務長	部長	課長	担当者	伺(決定)年月日				
	標準報酬	(千円)			被・家	支給金額(円)				
	資格取得	昭和・平成・令和	年	月		日	出産育児付加金			
資格喪失	令和	年	月	日						

健康保険 被保険者 家族 出産育児付加金支給申請書

請求者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	50	番号	100	被保険者の氏名	連合 太郎			
	被保険者の現住所	(〒 530 - 0000)					大阪市北区〇〇町 〇-△-□			
							TEL (06) 1234 - 5678			
							丸紅〇〇×× 株式会社			
	配偶者の分娩であるときは配偶者の氏名	連合 花子			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 58 年 8 月 1 日	<input type="checkbox"/> 平成			
	分娩年月日	令和 2 年 10 月 1 日			生産児数	1 人	死産児数	人		
	出生児氏名 ※	フリガナ	レンゴウ ケンタ			他の制度から給付を受けているかどうか				
			連合 健太			給付を受けて <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない				
資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の				保険者名 記号及び番号		保険者名		記号・番号		
						健康保険組合・共済組合 社会保険事務所 国民健康保険(組合)		.		

※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載は不要です。

委任状	
上記保険給付金の受領を事業所担当者に委任する。	健保 〇子
令和 2 年 10 月 5 日	
被保険者	連合 太郎

受付日付

丸紅連合健康保険組合