

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	出産育児一時金			
資格喪失	令和	年	月	日		出産育児付加金				

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

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・印	連合 太郎		
	被保険者の 現住所	(〒 530 - 0000)					大阪市北区〇〇町 〇-△-□		
	事業所の名称						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つたときは、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		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)		記号・番号			

※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載は不要です。

市町村の 医師・助産師の 出生届受理証明 を添付	分娩年月日	令和 2 年 10 月 1 日	生産・死産の別	<u>生産</u> ・死産(妊娠 週)
	出生児の数	<u>単胎</u> ・多胎(児)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 2 年 10 月 3 日			
直接支払制度を利用して 出産したときは、この欄 の証明は不要です。		医療施設の 名称 所在地	〇×〇×病院 大阪市北区〇〇町 1-2-3	
		医師 氏名	伊藤 〇夫	

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

受付目付