

支給決定決議書															
支給金額						資	得	年	月	日	常務理事	事務長	業務課長	担当者	被扶養者 確認印
内 訳	法定					格	喪	年	月	日					
	附加					分	娩	年	月	日					
支給予定日						備考									

健康保険 被保険者 配偶者 出産育児一時金・附加金請求書

(注意事項)

- 一、記入した字句を訂正する場合は、二本線で抹消して訂正してください。(修正液は不可。)
- 二、⑨欄に該当するときは必ず記入してください。記入漏れがあると支給できません。
- 三、被保険者が資格喪失後六ヶ月以内の出産で請求するときは、現在加入している健康保険の被保険者証(写)を添付してください。
- 四、⑩欄の受取を代理人に委任したい方は「委任状」を添付の上、代理人の口座を記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	記番	② 被保険者の氏名										
	③ 請求者の住所	〒									方		
	④ 被保険者が勤務する(していた)事業所の	(ア) 名称									電話 ()		
		(イ) 所在地											
	⑤ 分娩(出産)の日	年	月	日	⑥ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週)							
	⑦ 配偶者分娩のときはその者の	(ア) 氏名				(イ) 生年月日	年	月	日	(ウ) 扶養認定日	年	月	日
		⑧ 出生児の氏名	(ア) 氏名			(イ) 被保険者との続柄							
	⑨ 被扶養者認定6ヶ月以内の妻が出産したとき、以前に加入していた健康保険の	(ア) 記号番号				(イ) 種別	被保険者・被扶養者						
		(ウ) 保険者名										電話 ()	
		(エ) 加入していた期間	年	月	日	～	年	月	日				
⑩ 受取金融機関	(ア) 銀行名	銀行			(イ) 支店			(ウ) 普通貯蓄口座番号					
	(イ) 種別	種別			(ウ) 口座名義	(カタカナで記入)							

年 月 日 提出

医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑪ 分娩年月日	年	月	日	⑫ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週)						
	⑬ 出生児の数	単胎・多胎 (児)			⑭ 備考							
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日											
	⑮ 医療施設の所在地 名称 医師・助産婦名											
	⑯ 本籍								⑰ 筆頭者の氏名			
	⑱ 出生届出日	年	月	日	⑲ 出生児氏名			⑳ 出生年月日	年	月	日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日												
㉑ 市区町村長名												

年 月 日 提出

支払済印

受付印

※直接支払制度を利用する場合は、証明の必要はありません。

※直接支払制度利用の有無にかかわらず、次の添付書類が必要です。

- ・ 合意文書の写
- ・ 出産費用の領収書の写または明細書の写

← 生産・死産に関わらず在胎週数(妊娠何週)をご記入ください。

← (千葉県食品製造健康保険組合)