

同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給法	定	円	
内訳	加	円	
標準報酬月額	千円(第 等級)		

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	係
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者 家族 出産育児一時金 (付加金) 請求書

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号			②事業所の名称			
	③被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)		④被保険者の生年月日			
	⑤被保険者(申請者)の住所	郵便番号	(フリガナ)		都 道 府 県	電話番号 ()	
	⑥出産年月日	年 月 日		⑦出産児数	⑧死産児数	⑨死産のときはその旨と妊娠経過期間 (妊娠 月・ 週)	
	⑩出生児の氏名	(フリガナ)		備考			
	⑪被保険者(本人)が出産した場合(資格喪失者のみ)	当健保組合資格喪失後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		
	⑫被扶養者(家族)が出産した場合	当健保組合加入6ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険について					
		氏 (フリガナ)	続 柄	生年月日			
		名		年 月 日			
		健保等の名称					
		本人・家族の別	記号・番号		加入時の氏名		
	⑬振込希望口座(資格喪失者のみ)	銀行 店・本店	金庫		支店・出張所		
	預金 種別	1. 普通	口座 番号	口座 名義	(カタカナで記入)		
	上記のとおり申請します。						
	年 月 日						
	大太平洋金属健康保険組合理事長 殿						
委 任 状	⑭	本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				年 月 日	
		被保険者(申請者) 住所 氏名	(印)				
	代理人 住所 氏名	(印)		電話番号 ()			
証 明 す る 助 産 師 が	⑮	出産した年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 月第 週)		
		出産児の数	単胎・多胎(児)	備考			
		上記のとおり相違ないことを証明する。				年 月 日	
	医療機関等の所在地・名称			医師・助産師名		(印)	
				電話番号 ()			
証 明 す る 村 長 が	⑯	本 籍	筆頭者氏名				
		出生年月日	年 月 日	出生児氏名			
		上記のとおり相違ないことを証明する。			出生届出日	年 月 日	
		市区町村長名			(印)	電話番号 ()	

(注意事項)

※この請求書には、次の書類を添付してください。

・直接支払制度を利用された方……「出産費用の内訳のわかる領収・明細書の写し」

・直接支払制度を利用されなかった方……「直接支払制度合意文書の写し」と「出産費用の内訳のわかる領収・明細書の写し」

※⑮、⑯欄については、直接支払制度を活用しない場合、必ずいずれかの証明を受けてください。

※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、①「被保険者証の記号・番号」欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。)

受付年月日

(TK200906)