

| 支給決議書 | | | 支給額 | | 円 |
|-------|-----------|---|------|------------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | | | |
| | | | 支給内訳 | 出産育児一時金 | 円 |
| | | | | 出産育児一時金付加金 | 円 |
| | | | | 産科医療補償制度 | 有・無 |
| 資格取得 | 平・令 年 月 日 | | 出産日 | 令和 年 月 日 | |
| 資格喪失 | 令和 年 月 日 | | 備考 | | |

上記は記入しないでください。

出産育児一時金

被保険者用
(本人)

請求書

出産育児一時金付加金

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

| | | | | | |
|--------------|-----------------------|---|-----------|---------|-------|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号と番号 | 記号 | 1010 | 被保険者の氏名 | 健保 花子 |
| | | 番号 | 99999 | | |
| | 委任状 | 私は、事業主を代理人と定め、請求した出産育児一時金・出産育児一時金付加金の受領に関し、事業主に委任します。 | | | |
| | 被保険者の住所 | 〒 ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○○県○○市○○町 1-2-3 | | | |
| | 会社名および所属 | 日本無線株式会社 | | ○○部 | ○○課 |
| | 出産年月日 | 令和 X 年 X 月 X 日 | 生産または死産の別 | 生産・死産 | |
| | 入院して出産したときはその産院および病院名 | 名称 | ○○○婦人科病院 | | |
| | 所在地 | ○○県○○市○○町 123 | | | |

医師・助産師または市区町村長が証明するところ

| | | | | | |
|--|-------------------|--|--------------------|-------|----------|
| 証明欄（いずれかにご記入ください） | 医師・助産師が証明する欄 | 出産年月日 | 令和 年 月 日出産 | | |
| | | 生産・死産の別 | 生産・死産（妊娠第 月または第 週） | | |
| | | 出生児の数 | 単胎・多胎（ 児） | | |
| | | 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称 所在地 医師・助産師名 医師・助産師の証明 | | | |
| | 市区町村長が証明する欄（生産のみ） | 本籍 | 筆頭者氏名 | | |
| 出生届出日 | | 令和 年 月 日 | フリガナ 出生児氏名 | 出生年月日 | 令和 年 月 日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 市区町村長の証明 印 | | | | | |

右の文書を添付すること

- ①領収書(産科医療補償制度加入機関の押し印のあるもの)の写し
- ②出産育児一時金の医療機関直接支払制度を利用しない同意書

