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。

被保険者用
（本人）

出産育児一時金
出産育児一時金付加金
請求書

令和 X 年 X 日 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）

＊被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務／担当者)のいずれかでご確認ください。

日本無線健康保険組合　御中

被保険者が記入するところ					
	＊被保険者等記号・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	○○○産婦人科		
		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　　ヶ月または第　　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	出生児氏名（フリガナ）	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　　印		市区町村長の証明		

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

<table>
<tr><td rowspan="2">①給付金振込先の確認</td><td>給付金の受取方法についての確認（任意継続被保険者、退職後の継続給付対象者のみ）

□1.在職中（給付金の受領を事業主へ委任します）

□2.任意継続被保険者として、日無健保に加入中

□3.令和　　年　　月　　日退職（退職後の継続給付対象者）</td><td rowspan="2">②任意継続被保険者・退職後の継続給付対象者の口座</td><td>コード番号</td><td colspan="2">（金融機関コード）</td><td>（店番コード）</td></tr>
<tr><td>金融機関名称</td><td colspan="2">銀行　金庫
信組
その他（　　）</td><td>本店　支店
出張所</td></tr>
<tr><td>上記で「2」・「3」に該当する方は②をご記入ください</td><td>預金種別</td><td>普通</td><td>口座番号</td><td colspan="2">（右づめ）</td></tr>
<tr><td></td><td>口座名義人</td><td colspan="4">▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）
◆被保険者名義の口座に限る</td></tr>
<tr><td></td><td>公金受取口座</td><td colspan="4">※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします）
□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。</td></tr>
</table>

【事業主確認欄】（確認後に、□に✓をしてください）

☑　本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。