

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	昭和・平成 年 月 日		出産日	平成 年 月 日	
資格喪失	平成 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 請求書 出産育児一時金付加金

平成 XX 年 10 月 21 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。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

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	被保険者の氏名と印	東海 美加	印
		番号	20200			
	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	〒 1 8 1 - 0 0 0 1 三鷹市井の頭3-2-1				
	会社名および所属	日本無線株式会社		人事部 人事グループ 課		
	出産年月日	平成 XX 年 9 月 17 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	三鷹市婦人科病院			
	所在地	三鷹市上連雀3-2-1				

医師・助産師または市区町村長が証明するところ

医師・助産師が証明する欄	出産年月日	平成 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。 平成 年 月 日 医療施設の名称 医師・助産師の証明 所在地 医師・助産師名 印				
市区町村長が証明する欄	本籍			筆頭者氏名	
	出生届出日		フリガナ 出生児氏名	出生年月日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 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