

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・平・令	年 月 日	出産日	平・令	年 月 日
資格喪失	令	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

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。

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	健保 花子	印
		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	平・令	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

医師・助産師が証明する欄	出産年月日	平・令	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 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	平・令	年 月 日	フリガナ 出生児氏名	出生年月日	平・令	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