

支給決議書			支給額	円
常務理事	事務長	係		
			出産育児一時金	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

上記は記入しないでください。

## 家族出産育児一時金 請求書

平成 XX 年 11 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	長崎 清	印	
		番号 29876				
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した家族出産育児一時金の受領に関し、事業主に委任します。				
	被保険者の 住 所	〒 1 8 2 - 0 0 1 1 調布市深大寺北町 1-1-1				
	会社名および所属	日本無線株式会社		総務 部	総務 課	
	出産年月日	平成 XX 年 10 月 10 日	生産または死産の別	生産・死産		
	家族氏名	長崎 映子	生年月日	昭和・平成 XX 年 4 月 1 日		
	出生児の氏名	フリガナ ナガサキ タロウ 長崎 太郎	被保険者と出 生児の間柄	長 男		
	出産前・6ヵ月以内に勤務していたことがありますか？	有 無				
	有の場合は右記に ご記入ください	勤務していた会社の健康保険組合名または全国健康保険協会 (双方に請求することは出来ません)				
	東京食品	健康保険組合	電話	03-1234-5678		
	全国健康保険協会	支部	記号	4020	番号	1234

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 と こ ろ	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 ヵ月又は第 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 所在地 医師・助産師等の証明 医師・助産師名 印					
市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	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