

No. _____

伺 年 月 日	年 月 日
支 払 年 月 日	年 月 日
支 給 額	¥. 円
支 給 内 訳	出産育児一時金 円 出産育児一時金付加金 円
標 準 報 酬 額	円 (第 級)

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当	被扶養者照合
資格取得年月日		年 月 日	
資格喪失年月日		年 月 日	

事業所
担当者

被保険者 出産育児一時金（付加金）支給申請書

① 被保険者証号 記号・番号	00・0000	② 事業所名称	△△△株式会社	③ 被保険者 標準報酬月額	000,000 円
④ 被保険者氏名	健 保 太 郎	⑤ 被保険者 生年月日	西暦又は昭和・平成00(以下同様)	年 0 月 0 0 日	
⑥ 分娩年月日	年 0 月 0 0 日	⑦ 死亡のときは その旨			
⑧ 分娩した場所	医療施設等 の名称 〇〇産婦人科医院 医療施設等 の所在地 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町2-2				
⑨ 資格喪失後のときは 資格喪失日	年 0 月 0 0 日	資格喪失前後の加入保険、 名称・記号・番号、TEL	A-00 A健康保険組合	03-000- 0000	
⑩ 被扶養者の分娩であると きはその氏名・生年月日	被扶養者氏名 健 保 愛 子	被扶養者生年月日	年 0 月 0 0 日		
⑪ 出生児氏名	フリガナ ケンポイチロウ 健 保 一 郎	続柄 長男	⑫ 出 生 児 生 年 月 日	年 0 月 0 0 日	
⑬ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある ない	⑭ 出生児が被扶養者でな いときはその理由			

上記の通り申請します。

年 0 月 00 日

〒 000-0000

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

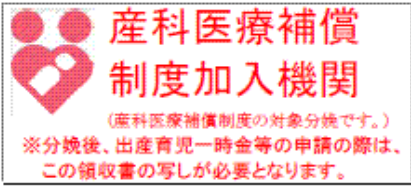
被保険者の

氏名 健 保 太 郎

セイコー健康保険組合理事長 殿

電話番号 000(0000)0000

振込先	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。		
	〇〇 銀行・信金 信組・農協 労金・その他 普通 当座	口座番号	0 0 9 9 9 9 9
	〇〇 支店	店番号	フリガナ ケンポ タロウ 口座名義 健 保 太 郎

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑮ 分娩年月日	年 0 月 00 日	⑰ 生産・死産の別	生産 ・ 死 産
	⑯ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	妊娠 ヶ月 (日) 在胎週数 週	
	上記の通り相違ないことを証明する。 年 0 月 00 日 〒000-0000 医療機関名称 〇〇県〇〇市〇〇町2-2 ・所在地 〇〇産婦人科医院 電話番号 000(0000)0000 医師・助産師名 □ □ □ □		<産科医療補償制度加入機関スタンプ押印欄> 	
	⑱ 出生届出日	年 月 日	⑲ 出生児氏名	⑳ 出生年月日 年 月 日
上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 (印) 電話番号 ()				