

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		

被保険者
家 族

出産育児一時金（付加金）支給申請書

事業所
担当者

① 被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	② 事業所名称	③ 被 保 険 者 標 準 報 酬 月 額	円
④ 被 保 険 者 氏 名	⑤ 被 保 険 者 生 年 月 日	年 月 日	
⑥ 分 娩 年 月 日	年 月 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	〒	
	医 療 施 設 等 の 所 在 地		
⑨ 資 格 喪 失 後 の と き は 資 格 喪 失 日	年 月 日	資 格 喪 失 前 後 の 加 入 保 険 名 称 ・ 記 号 ・ 番 号 ・ TEL	
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	被 扶 養 者 生 年 月 日	年 月 日
⑪ 出 生 児 氏 名	フリガナ 続柄	⑫ 出 生 児 生 年 月 日	年 月 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 月 日 住所 被保険者の氏名 電話番号 ()			
セイコー健康保険組合理事長 殿			

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。			
	銀行・信金 信組・農協 労金・その他	普通・当座	口座番号	(左づめでご記入ください)
	支店	店番号	フリガナ	口座名義

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 月 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 月 日 〒		<産科医療補償制度加入機関スタンプ押印欄>	
	医療機関名称・所在地 電話番号 () 医師・助産師名			
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 電話番号 () (印)				