

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	出産育児一時金 円 出産育児附加金 円
標準報酬月額	円(第 級)

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

健康保険 被保険者  
**家族**

## 出産育児一時金（付加金）請求書

① 被保険者証の 記号・番号	11-22222	② 事業所の名称	サンスター(株)	③ 被保険者の 標準報酬月額	円
④ 被保険者の 氏名	朝日 一郎	⑤ 被保険者の 生年月日		平成 5 年 5 月 5 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	●●レディースクリニック			
	医療施設等 の所在地	〒***-**** 大阪府高槻市●●町 1-1-1			
⑨ 家族の分娩であるとき はその氏名・生年月日	朝日 花子			平成 5 年 4 月 29 日	
⑩ 出生児の氏名	朝日 二郎 (第1子)	⑪ 出生児の 生年月日		令和 3 年 3 月 5 日	
⑫ 出生児が被扶養者か かどうか	被扶養者で ある ない	⑬ 出生児が被扶養者で ないときはその理由			
⑭ 他制度から給付を受けている かどうか	受けている	受けていない			
⑮ 振込希望の銀行 又は郵便局	※退職者以外は給与口座に振り込むため記入不要 銀行 支店 普通・当座 NO. ゆうちょ銀行 記号: 番号:				
⑯ 備考	※添付書類・・・領収書の写し、合意文書の写し				

上記のとおり申請します。

なお、本請求書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。(在職者のみ)

令和 3 年 5 月 11 日

〒\*\*\*-\*\*\*\*

被保険者の住所 大阪府高槻市●●町 2-2

氏名 朝日 一郎

健康保険組合理事長 殿

医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄	⑳ 分娩年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	㉒ 出生児の数	単胎・多胎( 児)			
	㉓ 本	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; color: red; margin: 0;">医師・助産師または市区町村長の 証明のいずれかを受けてください。</p> </div>			
	㉔ 出生届				
		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			