伺年月日	令和　年　月　日		
決裁年月日	令和　年　月　日		
支払年月日	令和　年　月　日		
支給額	円		
内訳	出産育児一時金	円	
	出産育児付加金	円	
産科医療制度加入の有無	あり　・　なし		
直接支払い制度利用の有無	上限　・　一部　・　無		

支給支払決議書			
常務理事	事務長	部長	係
資格取得	昭和・平成・令和　年　月　日		
資格喪失	令和　年　月　日		
扶養認定日	昭和・平成・令和　年　月　日		

被保険者 / 家族

出産育児一時金・出産育児付加金請求書

申請内容

① 被保険者等の記号・番号	12 － 3456		② 事業所の名称部署	○○○○　内線（○○○○）
③ 被保険者の氏名	博報　花子		④ 被保険者の生年月日	昭・平・令　○○年 ○○月 ○○日生
⑤ 出産年月日	令和　○○年 ○○月 ○○日		⑥ 生産・死産の別	生産（1人）　生産・死産混在 死産（　人・妊娠経過期間 満　週）
⑦ 出産した場所（病院・診療所又は助産所）	名称	○○病院		
	所在地	○○市○○町1-2-3		
⑧ 家族の分娩であるときはその氏名・生年月日・続柄	該当せず		昭・平・令　年　月　日生	続柄
⑨ 出産した方について	㋐ 被保険者 → 退職後、6ヶ月以内の出産ですか 家族 → 当組合に加入後、6ヶ月以内の出産ですか		はい（㋑㋓を記入）・いいえ	
	㋑ 被保険者 → 現在加入している保険者について 家族 → 以前加入していた保険者について		健康組合等の名称	
			記号・番号	
	㋓ 同一の出産について上記の保険者より出産育児一時金を		受けた / 受ける予定・受けない	
⑩ 振込希望口座	金融機関名称	○○○ 銀行・信金・金庫・その他（　）	○○○ 本店・支店・本店営業・出張所・その他（　）	
	預金種類	普通	口座番号	×××××××　右づめで記入してください
	被保険者の口座名義（カタカナ）	被保険者名義の口座情報を記入してください ハクホウ　ハナコ		
⑪ 備考				

上記のとおり申請します。また、事業主（任継・特退は除く）を経由して請求することに同意します。

令和　○○年　○○月　○○日

住所　〒○○○-○○○○
○○市○○町　100

被保険者の氏名　博報　花子

博報堂健康保険組合理事長　殿

※上記欄にて文字を訂正した時は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。

医師・助産師が証明する欄（直接支払制度利用の場合は不要）

⑫ 出産年月日	令和　年　月　日	⑬ 生産・死産の別と週日の確認	生産 死産（妊娠　週）
⑭ 出生児の数	単胎・多胎（　児）		

上記のとおり相違ないことを証する。　令和　年　月　日

医療施設の名称・所在地

医師・助産師名

直接支払制度利用は記入不要

※上記欄にて文字を訂正した時は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。

事業主の証明

上記のとおり 生産・死産（該当に○）したことに相違ないことを証明します。

令和　○○年　○○月　○○日

事業主　名称　株式会社　博報堂○○○○

氏名　○○○○○○

※健保受付日付印

博報堂健康保険組合