

| | | | | |
|--------------|-------------|---|---|---|
| 同年月日 | 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 被保険者証の記号・番号 | 12 - 3456 | ② 事業所の名称部署 | 〇〇〇〇 内線 (〇〇〇〇) |
| | ③ 被保険者の氏名 | 博報 花子 | ④ 被保険者の生年月日 | 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 |
| | ⑤ 出産年月日 | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 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 〇〇病院 所在地 〇〇市〇〇町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 | 昭和 年 月 日生 | 続柄 |
| | ⑨ ⑦ 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 (①⑤を記入) ・ いいえ | | |
| | ⑧ 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 | | |
| | ⑨ ⑧ 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 | 記号・番号 | | |
| | ⑩ ⑨ 振込希望口座 | 金融機関名称 〇〇〇 銀行 金庫 本店 支店 信金 〇〇〇 本店営業 出張所 その他() 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 |
| | ⑩ ⑨ 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町 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 | | |

| | | | | |
|--------------|--|----------------|-----------------|------------------------|
| 医師・助産師が証明する欄 | ⑫ 出産年月日 | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | ⑬ 生産・死産の別と週日の確認 | 生産 (妊娠 週) 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 医療施設の名称・所在地 〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇病院 医師・助産師名 医師 〇〇〇〇 | | | |

| | | | |
|--------|---|--------------|--|
| 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | |
| | 名称 | 株式会社 博報堂〇〇〇〇 | |
| | 事業主氏名 | 〇〇〇〇〇〇 | |

※ 健保受付日付印