

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 被保険者等の 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 太郎	④ 被保険者の生 年月日	昭・平 令 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	博報 花子	昭・平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	続柄 妻
	⑨ 出産した方 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 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 ⑨ 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	はい (①⑤を記入) ・ いいえ 健康組合等の名称 協会けんぽ〇〇支部 記号・番号 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 受けた / 受ける予定 ・ 受けない		
	⑩ 金融機関 名称	〇〇〇 銀行 金庫 信金 〇〇〇 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 タ ロ ウ		
	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 太郎 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。		

直 接 支 払 制 度 利 用 の 場 合 は 不 要 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 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 ※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 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