

支給決議書	同年月日		年		月		日		常務理事	事務長	会計	係	被扶養者台帳照合印	
	支払年月日		年											
	支払額				拾万		万							
	支給内訳	法定	款	項	目					得	年		月	日
		付加								喪	年		月	日
	出産の日										決定標準報酬月額		千円	

被保険者・家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書 年 月 日 請求

被保険者が記入するところ	①被保険者証の 記号・番号		記号		番号		②被保険者の 氏名と印		(フリガナ) ナカムラ ハナコ					
			保険証をご覧ください				中村 花子		印					
	③被保険者の住所		〒 151-0000		東京都渋谷区笹塚1-1-1		Tel (03) 3481-0000							
	④事業所の名称		株式会社 中村屋											
	被扶養者が出産したための 請求であるときは、その方の		氏名				生年月日		年		月		日生	
	⑤出産した 年月日		270701		⑥生産児数 1人		⑦死産児数 人		死産の時 はその旨		妊娠 経過期間		ヵ月 週	
	入院して出産した 時は、その病産院の		名称		〇〇産婦人科		所在地		東京都〇〇区〇〇1-1-1					
	⑧出生児の 氏名		フリガナ ナカムラ イチロウ		中村 一郎		被保険者と 出生児の続柄		長男					
	出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある・ <u>ない</u>		出生児が被保険者の 被扶養者でない時はその理由		夫の扶養に入るため							
	支払金融機関の欄													
銀行・金庫・農協		支店・本店		普通 当座		口座番号		フリガナ						
								口座名義						

医師・助産師又は区市町村長が証明するところ	出産した年月日		年		月		日											
	生産又は死産の別		生産・死産(妊娠		ヵ月		週)		胎児の数		単胎・多胎(		児)					
	上記のとおり相違ないことを 医療施設の名称・所在地 〒																	
	医師・助産師名												番					
	本籍																	
	出生届出日		年		月		日		出生児氏名		出生年月日		年		月		日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		区市町村長名		印		電話(		局)		番							

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を委任します。		年		月		日							
	被保険者住所 被保険者氏名												受付日付印	
	代理人の氏名と印												者と代理人との関係	
	代理人の住所		〒		-									