

直接支払制度		有無
決裁年月日		年 月 日
支給額		
支給	出産育児一時金	
内訳	出産育児付加金	

支給支払決議書				
	常務理事			担当者
資格取得		年 月 日		
資格喪失		年 月 日		
支払年月日		年 月 日		

被保険者
家族 出産育児一時金(付加金)請求書

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号		(記号) ー (番号)	事業所の名称				
	被保険者の氏名				生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	出産した日		令和 年 月 日		死産の時はその旨			
	出産した場所		医療施設等の 名 称					
			医療施設等の 所 在 地					
	配偶者の出産であるとき はその氏名・生年月日				昭和 平成	年 月 日		
	出生児の氏名				被保険者と出生児の続柄			
	出生児が扶養者か どうか		被扶養者で ある ない		出生児が被扶養者でない ときの理由			
	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			
	資格喪失者の場合の 振込先				銀行	支店	普通・当座	
医 師 ・ 助 産 婦 が 証 明 す る 欄	備考							
	上記の通り申請します。 令和 年 月 日							
	住所 被保険者の 氏名 Umios健康保険組合理事長 殿							
	出産年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別		生産 死産(妊娠 ヶ月又は 週)			
出生児の数		単胎 多胎(児)						
上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名								