

直接支払制度	有無	
決裁年月日	年 月 日	
支給額		
支給内訳	出産育児一時金	
	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) 1 - (番号) 10001	事業所の名称	Umios株式会社
	被保険者の氏名	健 保 一 郎		生年月日 昭和 平成 2年 6月 1日
	出産した日	令和 8年 5月 1日	死産の時はその旨	
	出産した場所	医療施設等の 名 称	(出産した医療施設名を記入)	
		医療施設等の 所 在 地	(出産した医療施設所在地を記入)	
	配偶者の出産であるとき はその氏名・生年月日	健 保 花 子		昭和 平成 5年 4月 3日
	出生児の氏名	健 保 太 郎		被保険者と出生児の続柄 長男
	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		
備考				
	上記の通り申請します。 令和 8年 5月 7日 住所 東京都港区〇〇〇〇 被保険者の氏名 健 保 一 郎 Umios健康保険組合理事長 殿			
医 師 ・ 助 産 婦 が 証 明 す る 欄	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			

医師等から記入してもらってください。