

支給支払決議書 (健康保険組合使用欄)

同年月日		年 月 日				決定年月日			年 月 日							
支給額	法定	分娩							常務理事	事務長	担当者	資格	得	年	月	日
													喪	年	月	日
	付加	分娩							月額	千円						

出産育児一時金・家族出産育児一時金 請求書  
 出産育児付加金・家族出産育児付加金

(添付書類等)  
 3.2.1. この書類は、医療機関等と直接払い制度を利用しない場合、産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は同  
 出産費用の領収書・明細書の写しを添付のこと。(産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は同  
 スタンプが押印されたもの)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		Ⓜ				
	被保険者の住所			〒			電話		
	事業所の名称		事業所の所在地						
	分娩の日		年 月 日		出産・死産の別		出産・死産 (妊娠 ケ月)		
	入院して分娩したときは、その病院の	名称		〒					
		所在地							
	出産児の氏名		被保険者との続柄						
	出産児が被扶養者であることの有無及び被扶養者でないときはその理由				被扶養者である・ない (理由)				
	被保険者の分娩のときは 夫の		氏名 保険証の記号番号		勤務地 所在地				
	家族による請求であるときは		家族氏名		生年月日		年 月 日		
	最近6ヶ月以内に当組合の被扶養者に認定された者、及び被保険者資格を喪失した後、6ヶ月以内に分娩した場合		健康保険名称						
			記号・番号						
			電話番号						
			勤務期間						
	払渡希望の銀行等		ふりがな 口座名義		銀行 (フリガナ) 金庫		本店 支店		口座番号
分娩の日		平成		年 月 日					
出産・死産の別		出産		・ 死産 (妊娠 か月)					
医療機関の所在地		名称		担当医師名		Ⓜ			
		助産師		(市町村長)		TEL			
記入するところ		医師・助産婦又は市町村長が							

被保険者のマイナンバー記載欄  
 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--