|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | 支給決定　 　令和 | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 支給額 | | 法定給付 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 常務理事 | |  | | | |  | | | 担当 | |
| 付加給付 | | | 円 | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |
| 合　　計 | | | 円  資格：　　　　年　　　　月　　　日　取得・喪失 | | | | | | | | | | | | |
| **被保険者** | | | | | | | | | | **出産育児一時金（付加金）支給請求書** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (記号番号:　 　－　　 ) **被扶養者** | | | | | | | | | |
| 社員番号 | | |  | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者連絡先  （休職者・退職者のみ） | | | 住　所 | | | 〒  TEL：　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産した方の氏名 | | | 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 出産した年月日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産した医療機関 | | | 名　称：  住　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付金の受領について（どちらかにご記入下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 1. 在職中の方 | | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日  事業主に委任します。  被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 2.　資格喪失後の方・在職中で　給与口座以外を希望の方  （振込口座記入） | | | | | | | 銀行  支店 | | | | | | | | | 口座番号（普通） | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義（ｶﾀｶﾅ） | | | | | | | | | | | | |
| ＊被扶養者認定日以後６ヶ月以内の出産で、被扶養者出産育児一時金の請求のとき、又は、資格喪失後６ヶ月以内の　　出産で被保険者出産育児一時金を請求する場合は、下記にご記入願います。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以前加入していた健康保険の名称 | | | | 元被保険者又は被扶養者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | (旧姓　　　　　　　　　) | | | | | |
| 旧被保険者証の記号番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格取得  年月日 | | | | 年　　 月　 　日 | | | | | | | 資格喪失年月日 | | | | | | | | 年　 　月　 　日 | | | | | |
| 名　称：  住　所：  TEL： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師又は助産師の証明 | 出産年月日 | | | | | 年 　 月 　 日 | | | | | | | | 出産・死産の別 | | | | |  | | | | | | ・ |  | | |
| (妊娠第　　　月又は第　　　週) | | | | | | | | | |
| 出　生　児　の　数 | | | | | | | | 単胎　　・　　多胎　　（　　　　　　児） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | | | | | | | 年 　 　 　月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療施設の名称  　所在地  　　　　　　　　　　医師・助産師名 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

※医師又は助産師の証明欄は、出生証明書の場合は原本または、母子健康手帳の最初のページに出生届出があったことを証明するもの（出生届出済証明）の場合はコピーの添付に代用可

Rev.2023/02