|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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