



|          |           |
|----------|-----------|
| 受付年月日    | 年 月 日     |
| 同年月日     | 年 月 日     |
| 決裁年月日    | 年 月 日     |
| 支給額      | 円         |
| 支給<br>内訳 | 出産育児一時金 円 |
|          | 出産育児付加金 円 |
| 標準報酬月額   | 円(第 号)    |

| 支給支払決議書 |     |       |     |
|---------|-----|-------|-----|
| 常務理事    | 事務長 | 担当者   | 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

|  |             |                     |              |              |    |
|--|-------------|---------------------|--------------|--------------|----|
| ①被保険者証の記号・番号   |             | ②事業所の名称             |              | ③被保険者の標準報酬月額 | 千円 |
| ④被保険者の氏名   |             | ⑤被保険者の生年月日          |              | 年 月 日        |    |
| ⑥分娩年月日   | 年 月 日       | ⑦死亡のときはその旨          |              |              |    |
| ⑧分娩した場所  | 医療施設等の名称    |                     |              |              |    |
|  | 医療施設等の所在地   |                     |              |              |    |
| ⑨家族の分娩の場合その氏名・生年月日                                   |             | 続柄                  |              | 年 月 日        |    |
| ⑩出生児の氏名  |             | ⑪出生児の生年月日           |              | 年 月 日        |    |
| ⑫出生児が被扶養者かどうか  | 被扶養者で ある ない | ⑬出生児が被扶養者でないときはその理由 |              |              |    |
| ⑭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              |              |              |    |
| ⑮振込希望の銀行   | 銀行          | 支店                  | (普通・当座 NO. ) |              |    |
| ⑯備考  |             |                     |              |              |    |
| 上記のとおり申請します。<br>年 月 日 被保険者の 住所 氏名<br>デサント健康保険組合理事長 殿 |             |                     |              |              |    |

|      |       |  |
|------|-------|--|
| ⑰委任状 | 私は    | を代理人と定め、次の権限を委任する。   |
|      | 年 月 日 | 請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）・出産育児付加金（家族出産育児付加金）のうち 金 円也の受領に関する事。 |
|      | 年 月 日 |  |
|      | 被保険者の | 住所 氏名  |
|      | 代理人の  | 住所 氏名  |

|          |    |    |              |
|----------|----|----|--------------|
| ⑱振込希望の銀行 | 銀行 | 支店 | (普通・当座 NO. ) |
|----------|----|----|--------------|

|                      |  |           |         |                   |             |
|----------------------|--|-----------|---------|-------------------|-------------|
| ⑲医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄 | 分娩年月日  | 年 月 日     | 生産・死産の別 | 生産・死産(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する。<br>年 月 日<br>医療施設の名称・所在地<br>医師・助産婦名 |           |         |                   |             |
|                      | 本籍   |           | 筆頭者氏名   |                   |             |
|                      | 出生届出日  | 年 月 日     | 出生児氏名   |                   | 出生年月日 年 月 日 |
|                      | 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>年 月 日<br>区市町村長名 印              |           |         |                   |             |