



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 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。 年 月 日 被保険者の住所 氏名 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。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 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。 年 月 日 区市町村長名 印				