

直接支払制度	有	無
決裁年月日	年	月 日
支給額		
支給内訳	出産育児一時金	
	出産育児付加金	

支給支払決議書				
	常務理事			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

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、右上角に記載してください。

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	(記号) - (番号)	事業所の名称	
	被保険者の氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	出産した日	令和 年 月 日	死産の時はその旨	
	出産した場所	医療施設等の 名 称		
		医療施設等の 所 在 地		
	配偶者の出産であるとき はその氏名・生年月日		昭和 平成 年 月 日	
	出生児の氏名		被保険者と出生児の続柄	
	出生児が扶養者か どうか	被扶養者で ある ない	出生児が被扶養者でない ときの理由	
	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	
	資格喪失者の場合の 振込先	銀行	支店	普通・当座
備考				
上記の通り申請します。 令和 年 月 日				
住所 被保険者の 氏名 ⑩				
マルハニチロ健康保険組合理事長 殿				
医 師 ・ 助 産 婦 が 証 明 す る 欄	出産年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産 死産(妊娠 ヶ月又は 週)
	出生児の数	単胎	多胎(児)	
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 ⑩			