直接	支払	制度		有	無	
決表	战年。	月日		年	月	日
支	給	額				
支給	出産	育児-	・時金			
内訳	出産	育児付	加金			

	支	給	支	払	決	議	書	
	常	務理	事				-	担当者
資格	子 耳	文 ク	得		年		月	月
資格	子 昰	色	失		年		月	月
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

		豕	族										
								令	和		年	月	日
被保険者が記入する欄	被保険 ² 記号•		(記号)	_	(番号	·)	事	業所の名称	尔				
	被保険者の氏名							生年月日	上年月日 昭和 平成		年	月	日
	出産した日		令和	年	月	日	死產	産の時はそ	の旨				
	出産し	医療施 名 医療施 所 在	称設等の					<u>'</u>					
	配偶者の出産はその氏名	7,7		1			昭和 平成		年	月		月	
	出生児の					被保	保険者と出生						
	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 きの理由		٦.			
	他制度から約 ているか	受けている 受けていない											
	資格喪失者 振込		銀行 支店 普通・当座										
	備表												
	上記の通	ます。		令和		年	月		日				
	住所 被保険者の 氏名												
	マルハニチロ健康保険組合理事長 殿												
医師・助産婦が	出産年月日	令和	年	月	日	生産ご	又は多	死産の別	生産	死	定産(妊娠	ヶ月又に	は 週)
	出生児の数	単胎	多	5胎(児)		•					
	上記の通り相違ないことを証明する。												
	令和	年	月	日									
証明す	医療施設の名称・所在地												
る欄		2	医師・助	産婦名									