

直接支払制度	有	無	
決裁年月日	年	月	日
支給額			
支給	出産育児一時金		
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) 1 - (番号) 10001	事業所の名称	マルハニチロ株式会社	
	被保険者の氏名	健 保 一 郎	生年月日	昭和 平成 2年 6月 1日	
	出産した日	令和 1年 5月 1日	死産の時はその旨		
	出産した場所	医療施設等の 名 称	(出産した医療施設名を記入)		
		医療施設等の 所 在 地	(出産した医療施設所在地を記入)		
	配偶者の出産であるとき はその氏名・生年月日	健 保 花 子	昭和 平成 5年 4月 3日		
	出生児の氏名	健 保 太 郎	被保険者と出生児の続柄	長男	
	出生児が扶養者か どうか	被扶養者で <input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 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 1年 5月 7日					
住所 東京都江東区〇〇〇〇					
被保険者の 氏名 健 保 一 郎 (印)					
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				医師等から記入してもらってください。	
医師・助産婦名				(印)	