支給支払決議書

受付年月日	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　級）		

常務理事	事務長		担当
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	
④ 被保険者の氏名		⑤ 被保険者の生年月日	
⑥ 出産年月日		⑦ 死亡の時はその旨	
⑧ 出産した場所	医療施設等の名称		
	医療施設等の所在地	〒	
⑨ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日	氏名		生年月日
⑩ 出生児の氏名		⑪ 出生児の生年月日	
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		
⑯ 備考			

上記の通り申請します。

年　月　日

〒

住所

氏名　㊞

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 のうち 金　円也の受領に関すること。 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

⑲ 領収書	
	金　円也但し うえの金額を領収いたしました。 年　月　日 健康保険組合理事長　殿 〒 受領者　住所 氏名　㊞

被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）