

|        |           |
|--------|-----------|
| 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)   |

| 支給支払決議書 |     |       |    |
|---------|-----|-------|----|
| 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 |    |

## 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   | 1055<br>1       | ② 事業所の<br>名 称               | (株)トプコン              |           |
| ④ 被保険者の氏名   | 健康 太郎           |                             | ⑤ 被保険者の<br>生 年 月 日   | 昭和50年1月1日 |
| ⑥ 出 産 年 月 日   | 平成 27 年 4 月 1 日 |                             | ⑦ 死 亡 の 時 は<br>そ の 旨 |           |
| ⑧ 出 産 し た 場 所   | 医療施設等の<br>名 称   | 〇〇〇〇〇〇病院                    |                      |           |
|   | 医療施設等の<br>所 在 地 | 〒 174-0052<br>東京都板橋区蓮沼町74-6 |                      |           |
| ⑨ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日  | 氏 名             | 健康 花子                       | 生年月日                 | 昭和50年1月1日 |
| ⑩ 出 生 児 の 氏 名   | 健康 次郎           |                             | ⑪ 出 生 児 の<br>生 年 月 日 | 平成27年4月1日 |
| ⑫ 出生児が被扶養者かどうか  | 被扶養者でない         | ⑬ 出生児が扶養者でないときはその理由         | 夫の扶養                 |           |
| ⑭ 他制度から給付を受けているかどうか   | 受けていない          |                             |                      |           |
| ⑮ 振 込 希 望 の 銀 行   | 〇〇〇〇 銀行         | 〇〇〇〇 支店                     | 普通                   | 000001    |
| ⑯ 備 考   |                 |                             |                      |           |
| <p>上記の通り申請します。<br/>平成27年 4 月 1 日</p> <p style="text-align: right;">〒 174-0052<br/>住所 東京都板橋区蓮沼町74-6<br/>氏名 健康 太郎</p> <p style="text-align: right;">健康保険組合理事長 殿</p> |                 |                             |                      |           |



|           |          |       |                     |
|-----------|----------|-------|---------------------|
| ⑰ 委任状     | 私は       | 年 月 日 | を 代理人と定め、次の権限を委任する。 |
|           | うちの<br>金 | 年 月 日 | 円也の受領に関すること。        |
|           |          | 〒     | 被保険者の 住所氏名 ⑩        |
|           |          | 〒     | 代理人の 住所氏名 ⑩         |
| 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 ⑩ |