

| | | | |
|--------|---------|---|---|
| 受付年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 伺年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 決裁年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 支給額 | 円 | | |
| 支給 | 出産育児一時金 | 円 | |
| 内訳 | 出産育児付加金 | 円 | |
| 標準報酬月額 | 千円(第 級) | | |

| 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 出産育児一時金(付加金)請求書

| | | | |
|---|-------------------|------------------------|----|
| 被保険者証の 記号・番号 | 事業所 の名称 | 被保険者の 標準報酬月額 | 千円 |
| 被保険者の 氏名 | 被保険者の 生年月日 | 年 月 日 | |
| 分娩年月日 | 年 月 日 | 死亡のとき はその旨 | |
| 分娩した場所 | 医療施設等 の名称 | | |
| | 医療施設等 の所在地 | | |
| 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日 | | 年 月 日 | |
| 出生児の氏名 | 出生児の 生年月日 | 年 月 日 | |
| 出生児が被扶養者か かどうか | 被扶養者で ある ない | 出生児が被扶養者で ないときはその理由 | |
| 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 | |
| 振込希望の銀行等 | 銀行 金庫 | 支店(普通) | |
| 備考 | | | |
| 上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 氏名 極東開発健康保険組合理事長 殿 | | | |

| | | | |
|-----|---|----------|---------|
| 委任状 | 私は 年 月 日 請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児付加金(家族 出産育児付加金)のうち 金 年 月 日 円也の受領に関すること。 被保険者の住所 氏名 代理人の住所 氏名 | 印 | |
| | 振込希望の銀行等 | 銀行 金庫 | 支店(普通) |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------|---------|-----------------------|
| 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄 | 分娩年月日 | 年 月 日 | 生産・死産の別 | 生産・死産 (妊娠第 月又は第 週) |
| | ① 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 | | | |
| | ② 本籍 | | ③ 筆頭者氏名 | |
| | ④ 出生届出日 | 年 月 日 | ⑤ 出生児氏名 | ⑥ 出生年月日 年 月 日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 | | | | |