

支 給 決 定 決 議 書

※ 健 保 使 用 欄	発 議	令和 年 月 日	決 議	令和 年 月 日	
	総支給金額	円			
	出産育児一時金 (被保険者 家族)		取得年月日	昭・平・令 年 月 日	
	420,000円	404,000円	喪失年月日	平・令 年 月 日	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号及び番号	記 号	番 号	所 属	
	出産した年月日	令和 年 月 日		区 分 生 産 ・ 死 産 ・ 流 産	
	被扶養者が出 産した時の	出産者 の氏名	出産者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	出生児の氏名			被保険者と出 生児の続柄	
	入院して出産した時 は、その病・産院の	名 称	所 在 地		
	出生児が被保険者 の扶養者で	(ある ・ ない)		出生児が被扶養者で ないときはその理由	
	NTPグループ健康保険組合 殿 令和 年 月 日			〒 - 	
	被保険者住所 氏名及び 印				
	給付金の支払いは、「健保給付金」として翌月の給与の中に合算して支払われます。 社員コードのない方は、直接振込みますので振込み先を下記に記入してください。				
	振込 希望 銀行	銀 行	支 店	当 座 ・ 普 通	口 座 番 号 名 義 フリガナ
医 師 ・ 市 区 助 産 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	令和 年 月 日		生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヶ月 週)	
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		備 考	
	上記のとお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・助産師名 印				
	本 籍			筆 頭 者 氏 名	
	出 生 届 出 日	令和 年 月 日	出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日 令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印					

※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は42万円です。
この場合、当該スタンプ印を受けた領収書のコピーを添付し申請してください。
(注意) 証明欄は、医師・助産師又は市区町村長のどちらかに、証明をもらってください。