

## 支 給 決 定 決 議 書

※  健保使用欄	発 議	年 月 日		決 議	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	年 月 日		
	500,000円		488,000円	喪失年月日	年 月 日		

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書  
家 族

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		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		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 年　　月　　日 被保険者住所 氏名 〒　　—									
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 口座番号 名 フリガナ 義										
医 師 市 区 助 産 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日		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。 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		年　　月　　日			出生児 氏　名		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 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50万円です。  
この場合、当該スタンプ印を受けた領収書等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。