

# 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	

被保険者  
健康保険  
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	年 月 日			区 分	生 産 ・ 死 産 ・ 流 産		
	被扶養者が出 産した時 の 氏名	出産者				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						〒 一	
	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		
			・ 普通		義			
医 師 市 ・ 区 助 町 産 村 助 師 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	单 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							
	本 稽						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。