

記入例

支給決定決議書

健保 使用欄	発議	平成 年 月 日	決議	平成 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	昭和 年 月 日 平成
	420,000円	404,000円	喪失年月日	平成 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	番号	所属	(株) 唐		
	出産した年月日	平成 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 の氏名	健保 花子		出産者の 生年月日	昭和 年 月 日生 平成		
	出生児の氏名	健保 一郎			被保険者と出 生児の続柄	長女		
	入院して出産した時 は、その病・産院の 名称	病院			所在地	市 区 町、		
	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 平成 年 月 日				〒 -			
	被保険者住所 氏名及び印				市 区 町、 健保 太郎 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	リガナ	

医 師 ・ 市 区 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	平成 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。 平成 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	平成 年 月 日	出生児 氏名			出生 年月日	平成 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 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。