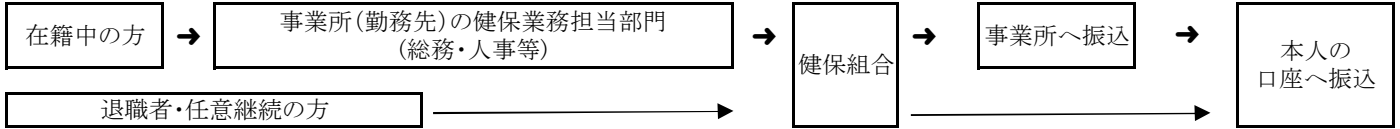


【申請の流れ】



受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	円
出産育児一時金差額	円
出産育児付加金	円
標準報酬月額	円(第 級)

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当	担当
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

**直接支払制度利用者用**

※この請求書は、直接支払制度利用者用です。①直接支払制度合意文書(写)②医療機関発行の領収書(写)を添付ください。

被保険者家族 **出産育児一時金(付加金・差額)請求書**

① 被保険者等の記号・番号		② 事業所の名称	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	年 月 日
⑤ 出産年月日	年 月 日	⑥ 死亡のときはその旨	
⑦ 出産した場所	医療施設等の名称		
	医療施設等の所在地	〒	
⑧ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日	氏名	生年月日	年 月 日
⑨ 出生児の生年月日	年 月 日		
⑩ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である・ない	⑪ 出生児が被扶養者でないときはその理由	
⑫ 振込希望の銀行(退職者の方)	銀行 支店 普通 当座		
⑬ 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	
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 健康保険組合理事長 殿			

⑭ 私は \_\_\_\_\_ を代理人と定め、次の権限を委任する。  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日請求した出産育児一時金(付加金・差額)・家族出産育児一時金(付加金・差額)のうち  
 \_\_\_\_\_ 円也の受領に関すること。  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 被保険者の住所 〒  
 氏名  
 代理人の住所 〒  
 氏名

【注意事項】  
 ※在籍者の方は、事業主への受領委任を原則としております。  
 ※上記⑬に記入がある場合は、受取代理人の口座に給付します。  
 ※給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延する場合があります。  
 注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用しま