



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

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

被保険者 家族 出産育児一時金（付加金）請求書

①被保険者証の記号・番号		②事業所の名称		③被保険者の標準報酬月額	千円
④被保険者の氏名				⑤被保険者の生年月日	年 月 日
⑥分娩年月日	年 月 日			⑦死亡のときはその旨	
⑧分娩した場所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地				
⑨家族の分娩の場合その氏名・生年月日			続柄		年 月 日
⑩出生児の氏名			⑪出生児の生年月日	年 月 日	
⑫出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	ある	⑬出生児が被扶養者でないときはその理由		
	かどうか	ない			
⑭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		
⑮振込希望の銀行	銀行		支店（普通・当座 NO.）		
⑯備考					
上記のとおり申請します。					
年 月 日 被保険者の住所 氏名 印					
デザート健康保険組合理事長 殿					

⑰委任状	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（家族出産育児一時金）・出産育児付加金（家族出産育児付加金）のうち 金 円也の受領に関する事。			
		年 月 日			
		被保険者の	住所		印
		代理人の	住所		印
			氏名		
			氏名		
⑱振込希望の銀行	銀行		支店（普通・当座 NO.）		

⑲医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠第 月又は第 週）		
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）				
	上記のとおり相違ないことを証する。					
	年 月 日					
	医療施設の名称・所在地					
	医師・助産婦名 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						
区市町村長名 印						