



| | | | |
|--------|---------|---|---|
| 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 ない | ⑬出生児が被扶養者でないときはその理由 | | |
| 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 デザート健康保険組合理事長 殿 | | | | | |

| | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|
| ⑰委任状 | 私は 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こと。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 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 | | | | | |
| | 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 | | | | | |