

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	出産育児一時金	円	
内訳	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					
デサン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	
			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						
印						

## ！ 記入時注意事項 ！

- ◇ プリントアウトする場合は必ず **A4サイズ**にて出力ください。  
(「ファイル→ページ設定→用紙サイズ」や「印刷プレビュー」で確認の上、印刷のこと)

**A4サイズ**以外は健康保険組合にて受付できませんのご注意ください！

- ◇ ①欄～③欄は人事統括課にて記入します。
- ◇ ④欄～⑯欄はご自分でご記入ください。(青枠内のみご記入ください。)
- ◇ ⑰欄～⑱欄は委任される方のみご記入ください。
- ◇ ⑲欄は医師・助産婦又は市区町村長にて証明をもらってください。
- ◇ ⑫欄が「ある」のかたは、併せて「**健康保険被扶養者(異動)届**」をご提出ください。

### 【添付書類】

- ① 出産育児一時金等申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
- ② 分娩費内訳明細書(領収書)の写し(産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要)

ご不明な点がございましたら、人事統括課またはデサント健康保険組合までお問い合わせください。