

受 付 年 月 日		年 月 日	
伺 年 月 日		年 月 日	
決 済 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 級)	

支 給 支 払 決 議 書			
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

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	一	事業所の名称		被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額	円
被 保 険 者 の 氏 名				被 保 険 者 の 生 年 月 日	年 月 日
出 産 年 月 日	年 月 日			死 亡 の と き は そ の 旨	
出 産 し た 場 所	医療施設等の名称	〒			
	医療施設等の所在地	〒			
被扶養者の出産であるときは そ の 氏 名 ・ 生 年 月 日				年 月 日	
出 生 児 の 氏 名				出生時の生年月日	年 月 日
出生時が被扶養者かどうか	被扶養者で	ある ない	出生時が被扶養者で ないときはその理由		
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				
振 込 希 望 の 銀 行	銀行		支店	普通 当座	〔 〕
備 考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 藤倉コンポジット健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所 氏名					

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こと。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名				
	振 込 希 望 の 銀 行 銀行 支店 普通 当座 〔 〕				

領 収 書	金 〃円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 藤倉コンポジット健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名				

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別	(妊娠 第 生産・死産 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明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					
	本 籍				筆 頭 者 氏 名	
	出生届出日	年 月 日	出 氏 生 児 名		出 年 月 生 日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 印					