

支払金額																				円
支払内訳	家族出産 育児一時金																			
	育児付加金																			

支給並に支払決議			
理事長	常務理事	事務長	係

家族出産育児一時金・育児付加金請求書

豊島健康保険組合理事長 殿

年 月 日 請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 の記号・番号	記号	番号	② フリカ・ナ		
				被保険者の氏名	印	
	③ 被保険者の現住所					
	④ 事業所の名称				⑤ 被保険者の 標準報酬月額	千円
	⑥ 分べん年月日	年 月 日			⑦ 死産のときは その旨	
	⑧ 分べんした場所	医療施設等 の名称				
		医療施設等 の所在地				
	⑨ 家族の分べんであるときは、その氏名・生年月日				昭 ・ 平	年 月 日
	⑩ (フリカ・ナ) 出生児の氏名	(フリカ)			⑪ 出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある ない
	⑫ 出生者が被扶養者でないときはその理由					
⑬ 備考						
委 任 状	⑭ 表記請求金額の受領を 印 に委任します。					
	年 月 日			被保険者氏名 印		
⑮ 振込希望の銀行 (被保険者名義)	銀行		支店	普通 当座		

医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 長	⑯ 分べん年月日	年 月 日		⑰ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)	
	⑱ 分べんに関し 健康保険入院 の有無	有・無	⑲ 健康保険で給付される 入院の期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
	⑳ 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します。 年 月 日 住所 (職名) 氏名 印					

添付書類あり

..... 受付日印 決定日印 支払済日印