

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

記入見本

被保険者証カードでご確認のうえご記入ください。家族出産育児一時金・育児付加金請求書

印鑑はシャチハタ印以外でお願いします。

豊島健康保険組合理事長 殿

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 〇〇	番 号 〇〇〇〇	② フリカ・ナ 被保険者の氏名 健保 太郎	ケンボ ハナコ 健保 太郎 印	
	③ 被保険者の現住所	〇〇〇市〇〇町〇〇 〇〇-〇〇				
	④ 事業所の名称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			⑤ 被保険者の 標準報酬月額	千円
	⑥ 分 べ ん 年 月 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 〇〇〇〇クリニック	医療施設等 の 所 在 地 〇〇〇市〇〇〇町〇〇 〇〇-〇〇			
	⑨ 家族の分べんであるときは、その氏名・生年月日	健保 花子			昭 平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	⑩ (フリカ・ナ) 出 生 児 の 氏 名	(フリカ・ナ) ケンボ 〇〇 健保 〇〇 ※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。			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。 振込口座は必ず被保険者名義 のもでお願い致します。 氏名 印				
⑮ 振込希望の銀行 (被保険者名義)		三菱東京UFJ 銀行 名古屋営業部 支店 普通 〇〇〇〇〇〇〇 当座				

医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	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。 直接支払制度を利用する場合は証明 をしていただく必要はありません。 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

医療機関へ支払った領収書及び明細書の写し