

支 出 費 目 款	保険給付費 項	法定給付費	目	出 産 育 児 一 時 金	常務理事	事務局長	課 長	主 任	係
		付加給付費		出 産 育 児 一 時 金 付 加 金					
支給決定並支出伺	支給(出)金額合計	円	備 考 欄	出 産 年 月 日	平成 年 月 日				
	法定給付額	円		資 格	〔重複〕あり・なし				
	付加給付額	円			〔確認〕 月 日				
	支給決定日	平成 年 月 日			〔担当〕				
	支 払 日	平成 年 月 日		標準報酬月額 千円					

組合使用欄

**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	2312	番号	2000	被保険者(請求者)の氏名と印	<b>健保みどり</b>	
被保険者(請求者)の住所及び電話番号	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇 電話(045)000-0000			事業所の名称	〇〇病院	
出産年月日	平成23年12月24日	死産の時はその旨		妊娠経過期間	ヶ月 40 週	
被扶養者が出産したための請求であるときはその者の氏名				生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
出生児の氏名	<b>健保隼人</b>		被保険者との関係	<b>子</b>	出生児が被保険者の被扶養者であるか否か	ある <input type="checkbox"/> / その理由を記入すること <b>ない</b> <input checked="" type="checkbox"/> ( <b>夫の扶養</b> )
資格喪失後、家族の被扶養者となったときはその被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の				被保険者証の 保険者名 [ ] 記号・番号 [ ] 保険者の〔電話(0) - 〕 [ ]		
上記のとおりの内容に相違ありません。 平成 24 年 1 月 10 日 <b>神奈川県医療従事者健康保険組合理事長 殿</b>						

※字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消し、訂正印を押印し正しい字句を記入してください。

市区町村・助産師または医師の証明する欄	出産年月日	平成 23 年 12 月 24 日	出生児の数	<b>単胎</b> ・多胎 ( 児)	
	生産/死産の別	(妊娠 カ月 40 週)	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明します。医療施設の名称・所在地				
	平成 23 年 12 月 25 日	医師 助産師名	<b>〇〇産婦人科 山田太郎</b>		
	電話(045)111-1111				
本籍	横浜市中区尾上町〇〇-〇〇		筆頭者氏名	<b>健保 光</b>	
出生届出日	平成 23 年 12 月 30 日	出生児氏名	<b>健保隼人</b>	出生年月日	平成 23 年 12 月 24 日
上記のとおり相違ないことを証明します。					
平成 23 年 12 月 30 日	市区町村長名	<b>横浜市中区長</b>			
電話(045)000-0000					

受取代理人の欄	当請求にサイン給付金に關する捺印を代理して委任します。 ※委任しない場合は、この欄には記入しないでください。				
	平成 23 年 12 月 30 日	医師・助産師または市区町村長のどちらかで証明を記入	代理人の住所	氏名と印	
				連絡先電話(0) -	

被保険者(請求者)の印と受取代理人の印は必ず違う印(影のもの)をご使用ください。

振込先金融機関	金融機関コード	1 2 3 4	本支店番号	5 6 7	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	2 3 4 5 6 7 8
	<b>健康</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<b>関内</b>	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	(フリガナ)預金口座名義	<b>ケンボ ミドリ 健保 みどり</b>		

受付日付印

※振込先金融機関の欄には必ずご記入ください。  
※振込先金融機関については、記入後記載誤りがないか再度確認をお願いします。