

支給額		¥	円
支給内訳	出産育児一時金		円
	出産育児付加金		円

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
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	—	事業所の名称	
被保険者の氏名		被保険者の生年月日	昭和 平成 年 月 日
出産年月日	令和 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・生年月日名		昭和 平成 年 月 日	
出生児の氏名 (死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要)		出生児の生年月日	令和 年 月 日
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である・ない	出生児が被扶養者でないときはその理由	・配偶者の扶養である為 ・その他()
他制度から給付を受けているか	受けている ・ 受けていない		
備考			
直接支払制度を利用したかどうか	利用した ・ 利用していない		
上記の通り申請します。 令和 年 月 日 住 所 氏 名 日本信号健康保険組合理事長殿 (印)			

支払融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店
	口座番号 普通・当座	口座名義 (フリガナ)

【 置 接 制 度 利 用 の 場 合 は 記 入 不 要 】 医師又は市区町村長が証明する欄	出産年月日	令和 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)		
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
	医療機関の名称・所在地 医師・助産婦名 (印)			
	本籍		筆頭者氏名	
	出生届出日	R 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 R 年 月 日
上記の通り相違ないことを証する。 令和 年 月 日 市区町村長名 (印)				

受付印