支　給　額	¥　　円
支給内訳　出産育児一時金	円
支給内訳　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

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)

【直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　　㊞

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　　㊞

受付印