

受付年月日	年	月	日
伺 年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支 給 額	円		
支給 内訳	出産育児一時金	円	
	出産育児付加金	円	
標準報酬月額	円 (第 級)		

支 給 支 払 決 議 書			
常務理事	事務長	係	
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

(1) 被保険者の記号・番号	0-0000	(2) 事業所の名称	日本トランスシティ株式会社	(3) 被保険者の標準報酬月額	200千 円
(4) 被保険者の氏名	健保 太郎		(5) 被保険者の生年月日	0000 年 00 月 00 日	
(6) 分娩年月日	0000 年 00 月 00 日		(7) 死亡のときはその旨		
(8) 分娩した場所	医療施設等の名称	〇〇〇病院			
	医療施設等の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1			
(9) 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	健保 愛子		0000 年 00 月 00 日		
(10) 出生児の氏名	健保 健一		(11) 出生児の生年月日	0000 年 00 月 00 日	
(12) 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	(13) 出生児が被扶養者でないときはその理由		
(14) 他制度から給付を受けているかどうか	<input type="checkbox"/> 受けている		<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		
(15) 振込希望の銀行	銀行	支店	(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座)		
(16) 備考					

上記のとおり申請します。

0000 年 00 月 00 日

被保険者の住所

〇〇県〇〇市〇〇町1-1

被保険者の氏名

健保 太郎

(印)

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿

医師、 助産婦又は市区町村 長が証明する欄	(17) 分娩年月日	年 月 日	(18) 生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 (妊娠第 月 又は第 週)	<input type="checkbox"/> 死産
	(19) 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)			
	年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 市区町村長名 (印)				

証明が必要です

※産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後に出産した場合の法定給付の額は、50万円になります。
(日本医療機能評価機構の発行する所定の印を押印してください。)