

受 付 年 月 日		年		月		日	
伺 年 月 日		年		月		日	
支 払 年 月 日		年		月		日	
支 給 額		円					
支 給	出産育児一時金					円	
内 訳	出産育児付加金					円	
標準報酬月額		千円(第 級)					

常務理事	事 務 長	課 長	扱 者
資 格 取 得		年 月 日	
資 格 喪 失		年 月 日	

被 保 険 者 家 族 出産育児一時金(付加金)請求書

※領収書の写しを必ず添付すること。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	.		② 事業所の名称			③ 被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額	千円	
	④ 被 保 険 者 の 氏 名				⑤ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	年 月 日			
	⑥ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日				年 月 日				
	⑦ 出 産 年 月 日	年 月 日	生産児数	死産児数	⑧ 死産のときはその旨		⑨ 妊 娠 経過期間	ヵ月 週	
	⑩ 出 産 した 場 所	医 療 機 関 等 の 名 称							
		医 療 機 関 等 の 所 在 地 [〒]							
	⑪ 出 生 児 の 氏 名 お よ び 続 柄			⑫ 出生児が被保険者の被扶養者かどうか		あ る 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	受けている		受けていない	
	⑮ 被 保 険 者 が 出 産 した 場 合	該当する支給要件はどちらですか 0:被保険者期間中の出産 1:資格喪失後6ヵ月以内の出産 (資格喪失後加入している医療保険制度を 下欄に記入してください)			⑯ 被 扶 養 者 が 出 産 した 場 合	あなたの被扶養者になった時期 0:出産の日より6ヶ月以上前 1:その他 (被扶養者となる前に加入していた医療 保険制度を下欄に記入してください)			備 考
	⑰ 制 度 名 及 び 保 険 者	① ⑦ の 連 絡 先	② 被 保 険 者 氏 名	④ 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号					
⑰ 振 込 希 望 の 銀 行 (任継者又は喪失者のみ)		銀 行		支 店		普 通・当 座		No.	
⑱ 上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住 所 [〒] 氏 名 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿									

⑲ 委 任 状	私は 年 月 日 貴組を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児付加金(家族出産育児付加金)のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の住 所 [〒] 氏 名 代理人の住 所 [〒] 氏 名							
	⑳ 振 込 希 望 の 銀 行		銀 行		支 店		普 通・当 座 No.	

⑳ 受 領 書	金 円也領収いたしました。 年 月 日 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿 被保険者の住 所 [〒] 氏 名	受 付 日 付 印
---------	---	-----------

㉑ 医 師・助産師又は市区町村長が証明する欄	㉒ 出 産 年 月 日	年 月 日	㉓ 生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 ヵ月または第 週)		
	㉔ 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する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 [〒] 医師・助産師名					
	㉕ 本 籍			㉖ 筆 頭 者 氏 名		
	㉗ 出 生 届 出 日	年 月 日	㉘ 出 生 児 氏 名	㉙ 出 生 年 月 日 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名						