

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
支内給	出産育児一時金		円
支内給	出産育児付加金		円
標準報酬月額			円

支給支払決議書					
常務理事	事務長	事務次長	課長	係	
資格取得			年	月	日
資格喪失			年	月	日
支払年月日			年	月	日

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金（付加金）請求書

◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

被 保 險 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		
				所在地		
	③被保険者 の氏名				④被保険者 の生年月日	昭和 年 月 日 平成
	⑤家族出産育児一時金の請求の場合は 分娩した被扶養者の氏名・生年月日				昭和 年 月 日 平成	
	⑥分娩年月日	年 月 日	⑦生産児数	人	⑧死産児数	人
					⑩この分娩に関して他の制度からも給付を受けられますか いいえ ・ はい	
					(制度名及び保険者名)	
	⑨出生児の氏名 (出生児が複数ときは全員の氏名を記入してください)					
	(被保険者証の記号番号等)					
	⑪振込先 金融機関名	農協 銀行	本店 普通 支店 当座 No.	(フリガナ) 名義人の氏名		
⑫備考						
⑬上記のとおり請求します。						
年 月 日						
〒						
住所 被保険者の 氏名						
大阪府農協健康保険組合理事長 殿						
印						

委 任 状	⑭本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。				
	年 月 日		住所 被保険者の 氏名		
			住所 代理人の 氏名		
印					

医師又は助産師が証明するところ	⑮分娩年月日	年 月 日	⑯分娩予定年月日	年 月 日	⑰生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週又は第 月)	⑱単胎・多胎妊娠の別	単胎・多胎 ( 児)
	⑲上記のとおり相違ありません。							
	年 月 日		医療機関等の所在地					
			医療機関等の名称					
		医師又は助産師の氏名・印						
印								

市区町村長が証明するところ	⑲ 本 籍				⑳筆頭者氏名			
	㉑出生届の提出年月日		年 月 日		㉒出生児氏名		㉓出生年月日	
	年 月 日						年 月 日	
㉔上記のとおり相違ありません。								
年 月 日								
市区町村長名								
印								

\*上記の「医師又は助産師が証明するところ」又は「市区町村長が証明するところ」については、いずれか一方で証明を受けてください。