

給付支給決定並びに支出伺				同年月日	
常務理事	事務長	担当者	支給額	円	決裁年月日
			支給	出産育児一時金	取得年月日
			内訳	出産育児付加金	喪失年月日

**自己支払用**

被保険者・家族 出産育児一時金・付加金請求書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号 - 番号	記号	番号	被保険者の 氏名・生年月日	フリガナ 昭和・平成 年 月 日生
	被保険者の 住所・電話番号	〒 - 電話番号			
	育児情報誌「月刊赤ちゃんと！」を1年間無料配布しております。 受取を希望されますか。(未記入の場合、自動的に配布は行いません)	<input type="checkbox"/> 希望しない <input checked="" type="checkbox"/> 希望する			
	育児情報誌の送付先	〒			
	分娩年月日	令和 年 月 日			死産のとき、右に チェックしてください。 <input type="checkbox"/>
	分娩した病院等の所在地及び名称				
	家族の分娩であるときはその氏名、生年月日	昭和 平成 年 月 日生			
	出生児の氏名	新生児は扶養者ですか はい ・ いいえ			
出生児が被扶養者でないときはその理由	他の健保から給付を受けますか はい ・ いいえ				

医師、助産婦又は市区町村長が証明する欄	分娩年月日	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)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産婦名					
	本籍				筆頭者氏名	
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名 印						

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

委任状	委任事項	この給付の(住所)受領方を 令和 年 月 日 (氏名) 印 に委任する (被保険者) 印
	振込	銀行 支店 当座・普通 番号

— 受付日付印 —

- (添付書類) 1. 領収書  
2. 合意書の写し(直接支払制度に合意しないと書かれているもの)  
◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

(注意事項) 1. 標題は被保険者が分娩したときは「被保険者」家族が分娩したときは「家族」を○で囲んで下さい。