

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 99	番号 1234	被保険者の 氏名・生年月日	ワカナ ケンボ タロウ 健保太郎 昭和・平成 ○年 ○月 ○日生
	被保険者の 住所・電話番号	〒○○○-○○○ 神戸市○○区○○○○○○○1-1-1 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	〒○○○-○○○ 神戸市○○区○○○○○○○1-1			
	分娩年月日	令和 ○年 ○月 ○日	死産のとき、右に チェックください。		<input type="checkbox"/>
	分娩した病院等の所在地及び名称	神戸市○○区○○○○○○○3-3-3 ○○○産婦人科			
	家族の分娩であるときはその氏名、生年月日	健保花子	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日生		
	出生児の氏名	健保一郎	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 **マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入(個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)**

委任状	委任事項	この給付の(住所) 委任払いをするときに記入 受領方を 令和 年 月 日 (氏名) (被保険者) 印に委任する 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。