

給付支給決定並びに支出伺				伺年月日	
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 請求

被保険者が記入するところ	記号		社員コード	ふりかな氏名	
	番号				
	被保険者住所	〒			
	事業所名				
	分娩年月日	令和 年 月 日	死産のときはその旨		
	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) (被保険者)	印に委任する 印
	振込先	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。