

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	99	社員コード	123456	フリカナ氏名	けんぼ たろう 健保太郎
	番号	1234				
	被保険者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 神戸市西区〇〇〇〇〇〇 1-1-1				
	事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社				
	分娩年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	死産のときは その旨			
	分娩した病院等の所在地及び名称	〇〇〇〇産婦人科 神戸市西区〇〇〇〇〇〇 3-3-3				
	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	60年 10月 11日生		
	出生児の氏名	健保一郎	出生児は被扶養者ですか はい・いいえ			
出生児が被扶養者でないときはその理由	他の健康保険組合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	この給付の(住所)受領方を 令和 年 月 日 (被保険者)	委任払いをするときに記入 印に委任する 印	—受付日付印—
振込先	銀行 支店 当座・普通 番号		

(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。