

受付年月日	年	月	日
給付年月日	年	月	日
給付額	円		
給付内訳	一時金	円	
	付加金	円	
標準報酬月額	千円		

常務理事	事務長		係	扶養確認	
資格取得	年			月	日
資格喪失	年			月	日
喪失後受給者	該当		否該当		

令和 年 月 日申請

- 被保険者
 家族

出産育児一時金(付加金)請求書

被 保 険 者			
記号・番号	氏 名	生 年 月 日	事業所名(営業所名)
-		年 月 日生	

下記により請求いたします。

三重交通健康保健組合御中

家族の分娩に関し請求する場合		被 扶 養 者				
氏名		年	月	日生	続柄	妻・その他()

出 生 児						
続柄	氏名※	扶養申請	する・しない	しない理由		

証明欄(いづれかにご記入下さい)	医師・助産師証明	出産者氏名	出産年月日	出生児数	生産・死産の別
			年 月 日	単胎・多胎(児)	生産・死産(妊娠 ヲ月又は 週)
		以上のおとり相違ないことを証明する。			

		年 月 日	所在地	病院名	医師氏名(助産師)
--	--	-------	-----	-----	-----------

本 籍			
筆頭者氏名	出産者氏名	出生児氏名	出生年月日
			年 月 日

		以上のおとり相違ないことを証明する。	
		年 月 日	市区町村長名

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任します。
	年 月 日	付請求による出産育児一時金(家族育児一時金)並びに出産育児付加金(家族出産育児付加金)のうち金 円を受領する件
	年 月 日	被 保 険 者 住 所 氏 名
		事業所所在地
		代理 事業所名称
		事 業 主 氏 名

振込希望の銀行名	銀行	支店(普通 No.)	名義かた
----------	----	-------------	------

領収書	金	円也但し
		上記の金額を領収いたしました。 年 月 日
	健康保険組合理事長 殿	住所
	受領者	氏名

【注意】
◇医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー
領収・明細書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されていない場合は、医療機関等から発行される直接支払制度を利用していないことを証する書類のコピーを併せて添付してください。
◇※出生児氏名は、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載不要です。