

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

【注意】

被 保 険 者			
証記号番号	氏 名	生年月日	事業所名
-		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

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
証明欄(いずれかにご記入下さい)		年 月 日	単胎・多胎( 児)	生産・死産(妊娠 ヲ月又は 週)

以上のとお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

市区町村長証明 (生産のみ)	筆頭者氏名	出産者氏名	出生児氏名	出生年月日
証明欄(いずれかにご記入下さい)				年 月 日

以上のとお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 【 代理人 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

振込希望の銀行名	銀行	支店 ( 普通 当座 No. )	名義が
----------	----	------------------	-----

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 受領者 住 所 氏 名

※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  
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下さい。