

保 険 給 付 決 定 伺 い			
支 給 総 額	円	取 得	・ ・
出 産 育 児 一 時 金	円	喪 失	・ ・
出 産 育 児 付 加 金	円		
家 族 出 産 育 児 一 時 金	円	報 酬 月 額	千 円
家 族 出 産 育 児 付 加 金	円		
担 当 者	事 務 長	常 務 理 事	備 考

被保険者

出産育児一時金・出産育児付加金 請求書

家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	1 - 1234	被 保 険 者 が 勤 務 し て い る 事 業 所	中日新聞社	
	分 娩 年 月 日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産	
	入 院 し て 分 娩 し た と き	病 院 名 称	○○○病院		健 康 保 険 自 費 ・ そ の 他
		所 在 地	○○県○○市○○区○○町○丁目○番○号		
	分 娩 者 の 氏 名	中日 愛子	分 娩 者 の 生 年 月 日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	
	出 生 児 の 氏 名	中日 太郎	出 生 児 が 被 扶 養 者 で		
被 扶 養 者 で ない 理 由	配 偶 者 の 扶 養 ・ そ の 他 ( <input checked="" type="radio"/> ある ・ なし )				

上記のとおり請求します。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

〒  
住 所 ○○県○○市○○区○○町○丁目○番○号

被保険者氏名 中日 一郎  印

医 師 助 産 婦 の 証 明	分 娩 年 月 日	令和 年 月 日	分 娩 費 は 自 費 診 療 で し た か、 保 険 診 療 で し た か	自 費 健 康 保 険 そ の 他
	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 月 )		
	備 考			
	証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	令 和 年 月 日	医 師 ・ 助 産 婦		印