

支給金額		円	
支給 内訳	出産育児一時金	円	
	出産育児付加金	円	
分娩日		R	年 月 日
資格	取得日	S・H・R	年 月 日
	喪失日		年 月 日
標準報酬月額		千円	被扶養者 確認印

支給支払決議書				
常務理事	事務長	課長	係長	担当

被保険者
被扶養者

出産育児一時金(付加金)請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号・番号・氏名	記号 番号 氏名	被保険者が勤 務する(してい た)事業所	名称 所在地	
	被扶養者の方の分 娩のときその方の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日		
	出産状況	分娩日 年 月 日	生産児数 人	死産児数 人	生産・死産の別 生産・死産 妊婦経過期間 カ月又は 週
	出生児の状況	氏名	被保険者との続柄	被扶養者となるか ハイ・イエ	左記イエのときその理由
	被保険者であった者 が分娩した場合、夫(扶 養者)に関する状況	氏名()	被保険者証の記号・番号	記号()	番号()
	勤務先の事業所名称				
	勤務先の事業所所在地				
	健康保険組合	名称()	電話番号(- -)		
	妻(家族)が被扶養 者に承認後6ヶ月以 内の分娩の場合は 妻に関する状況	承認前に勤務していた場合		承認前に勤務していなかった場合	
	事業所名称			被扶養者に承認される前に加入していた健康保険は イ. 国民健康保険に加入 ロ. 親等の被扶養者	
事業所所在地			ハ. その他()		
期間	年 月 ~ 年 月				
健康保険組合	名称()	電話番号(- -)			
振り込み希望の 金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店	普 当	口座番号 被 保 険 者 の 印 鑑 	
上記の通り申請します。 年 月 日					
京葉ガス健康保険組合理事長殿 被保険者の 住所 氏名					

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。			
	被保険者の 住所 氏名	住所 氏名	代理人の 住所 氏名	住所 氏名

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 町 村 長 が 証 明 す る 欄	分娩年月日 年 月 日	生産、死産の別 生産・死産	妊婦経過期間 (カ月又は第 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する 年 月 日			
	医療施設の 名 称		TEL(- -)	
	所 在 地		医師・助産師氏名	
出生届出日 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 年 月 日	筆頭者氏名	
上記のとおり相違ないことを証明する 年 月 日				
市区町村名				印

* 申請者以外の者が受領するときは上記、委任状記入、振込先は代理人口座を記入して下さい