

支給金額		円	
支給	出産育児一時金	円	
内訳	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 出産育児一時金(付加金・差額)請求書
家 族

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 —	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、夫に関する状況 —退職後6ヶ月以内の分娩—	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 電話番号(— —)		
		健康保険組合 国保・共済組合	名称	保険者番号	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	事業所所在地		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 ハ. その他()
		電話番号	— —		
		勤続期間	年 月 ~ 年 月		
	健康保険組合 国保・共済組合	名称	保険者番号	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	普通 当座	口座番号 被扶養者 氏名 義 者
	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	代理人の 住所 氏名		

* 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

以下の証明欄は出産費用の全額を病院へ個人で支払い、当健保に出産育児一時金を申請するときに使用します。

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 (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 所在地		TEL(— —)	
	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				