



支給額	円
出産育児一時金	円
出産育児付加金	円
直接払制度	有・無
産科医療補償制度	有・無
直接払金額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支給年月日	年 月 日		

被保険者 出産育児一時金 (付加金) 請求書

事業所 C	事務担当

大日本印刷健康保険組合御中

社員番号

住所

被保険者

下記の通り請求いたします

氏名

印

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証	記号 番号	事業所	名称 所属	部 課	
	分娩年月日	年 月 日	妊娠経過 期 間	週	死産のときは その旨	
	出生児氏名			被保険者と 出生児の続柄		
	入院して 分娩した時	病院名			所在地	
	被保険者の 資格喪失後 に分娩した時	夫の被扶養者として、加入した健康保険の				
		記号 番号	夫の氏名	保険者の名称	保険者の所在地・電話番号	

市 区 町 村 長 の 証 明 欄	分娩年月日	年 月 日	左のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師・助産婦名 市区町村長名
	出生児の数	単胎・多胎(児)	
	生産又は 死産の別	生産・死産(週)	

委 任 状	私は事業主を代理人と定めこの出産育児一時金 (付加金) の受領を委任します。		
	年 月 日	被保険者氏名	印
		代理人職氏名	印

領 収 書	金 , 円也 領収いたしました。		
	年 月 日	代理人職氏名	印

年 月 日 提出

【注意】

- 女性被保険者が出産したときに提出して下さい。
- 出産又は死産に関する証明は別紙にしても差し支えありません。
- 以下の書類を添付願います。
 - 直接支払い制度利用確認書 (合意書) の原本
 - 出産費用明細書の写し

入力番号	点検者