



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		

家族 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)

被保険者の記入欄	被保険者証	記号 番号	所属	会社名		部	課
	出産した被扶養者の氏名			出産した被扶養者の生年月日	年	月	日生
	出生児氏名	被保険者と出生児の続柄		出産した病院名			
	分娩年月日	年	月	日	死産の時はその旨 妊娠経過期間	週	
市区町村長の証明書又は	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		
	出生児の数	単胎 多胎(児)	医療機関所在地 名称 医師・助産婦名 市区町村長名 (印)				
	生産又は死産の別	生産又は死産(週)					

委任状	私は事業主を代理人と定めこの家族出産育児一時金 (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)			

【注意】 年 月 日 提出

- 被扶養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