

同 年 月 日	平成	年	月	日	支給支払決議書				
決 裁 年 月 日	平成	年	月	日	理事長	常務理事	事務長	係員	
支 給 額									
分 娩 日	平成	年	月	日					
支 給 内 訳	出 産 育 児 金 一 時 金				資 格 取 得	平成	年	月	日
	家 族 出 産 金 育 児 一 時 金				資 格 喪 失	平成	年	月	日
					委任				
					渡				

被 保 険 者 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書
被 扶 養 者

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	.		被 保 険 者 氏 名	⑩					
被 保 険 者 の 住 所									
分 娩 年 月 日	平成	年	月	日	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 経 過 期 間 第 ヲ 月 / 週)				
分 娩 し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称								
	医 療 施 設 等 の 所 在 地								
	産 科 医 療 補 償 制 度 に 加 入 し て い る か だ ら う か			加 入		未 加 入			
被 扶 養 者 の 分 娩 の 時 は そ の 氏 名			被 扶 養 者 生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日	続 柄	
出 生 児 の 氏 名			出 生 児 が 被 保 険 者 の 扶 養 者 で あ る か だ ら う か			あ る			な い
他 健 保 の 給 付 を 受 っ て い る か だ ら う か	受 け て い な い		受 け て い る ()						

委 任 状	上 記 金 額 の 受 領 を								に 委 任 し ま す 。	
	平成		年	月	日	被 保 険 者 氏 名			⑩	

市 医 区 師 町 、 村 助 長 の 証 明 又 は 欄 は	分 娩 年 月 日	平成	年	月	日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 ヲ 月)						
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)											
	上 記 の と お り 相 違 い な い こ と を 証 明 す る 。												
平成		年	月	日	医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地			医 師 ・ 助 産 婦 名			市 区 町 村 長 名		⑩

産科医療補償制度加入機関スタンプ

※医療機関等からの出産費用の
領収・明細書を必ず添付下さい。

所 属 事 業 所	