

支 給 決 定 決 議 書

※ 健 保 使 用 欄	発 議	平 成 年 月 日	決 議	平 成 年 月 日
	総支給金額	円		
	出産育児一時金 (被保険者 家族)		取得年月日	昭 和 年 月 日 平 成
	420,000円	404,000円	喪失年月日	平 成 年 月 日

健康保険 被保険者 家族 **出 産 育 児 一 時 金 請 求 書**

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号及び番号	記 号	番 号	所 属		
	出産した年月日	平 成 年 月 日	区 分	生 産 ・ 死 産 ・ 流 産		
	被扶養者が出 産した時の 氏名	出産者 の氏名	出産者の 生年月日	昭 和 年 月 日 生 平 成		
	出生児の氏名	被保険者と出 生児の続柄				
	入院して出産した時 は、その病・産院の 名称	所 在 地				
	出生児が被保険者 の扶養者で	(ある ・ な い)		出生児が被扶養者で ないときはその理由		
	NTPグループ健康保険組合 殿 平成 年 月 日			〒 - 印		
	被保険者住所 氏名及び 印					
	給付金の支払いは、「健保給付金」として翌月の給与の中に合算して支払われます。 社員コードのない方は、直接振込みますので振込み先を下記に記入してください。					
	振込 希望 銀行	銀行	支店	当座 ・ 普通	口座番号	名 義
医 師 ・ 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	平 成 年 月 日	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 々 月 週)			
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	備考			
	上記のとおり相違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・助産師名			印		
	本 籍	筆頭者 氏 名				
	出 生 届 出 日	平成 年 月 日	出生児 氏 名	出 生 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名			印			

※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は42万円です。
この場合、当該スタンプ印を受けた領収書のコピーを添付し申請してください。
(注意) 証明欄は、医師・助産師又は市区町村長のどちらかに、証明をもらってください。