

**記入例**

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	番号	所属	(株) 店
	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	健保 花子	出産者の生年月日	昭和 年 月 日生 平成		
	出生児の氏名	健保 一郎	被保険者と出生児の続柄	長女		
	入院して出産した時は、その病・産院の名称	病院	所在地	市 区 町		
	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		被保険者住所		市 区 町 健保 太郎 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・市区町村産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 ヶ月 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 平成 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。