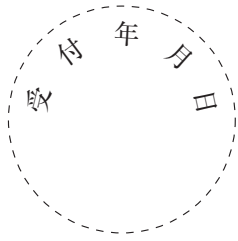


双子の場合でも一枚の申請書で結構です。
ただし、子供の氏名の記入欄には双子両方の
氏名をご記入願います。



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		

必ず
記入捺印
願います

被保険者 出産育児一時金 (付加金) 請求書

大日本印刷健康保険組合 御中

社員番号 123456

住所 東京都中央区月島5-9-5

下記の通り請求いたします

被保険者

氏名 健保 佳代子

事業所C	事務担当

必ず捺印してください

退職後に出産した時は必ず
ここに夫の健康保険の状況を
記入して下さい。

号	XX	事業所	名称	DNP XXXXX	
号	9999		所属	第2工場	部 XXX 課
	XX年 5月 12日	妊娠経過 期	9ヵ月 2週	死産のときは その旨	
氏名	健保 翔太 (双子の場合は二人の氏名を記入して下さい)		被保険者と 出生児の続柄	長男	
入院 した時	病院名	東京厚生年金病院		所在地	東京都新宿区津久戸町1-1
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
	東16	8521	健保 次郎	XX健保組合	札幌市XXX町58-1
医師・助産婦 の証明又は 市区町村長の 証明欄は	分娩年月日	XX年 5月 12日		左のとおり相違ないことを証明します。 XX年 5月 16日	
	出生児の数	単胎・多胎(児)		医療機関 所在地	東京都新宿区津久戸町1-1
	生産又は 死産の別	生産・死産(週)		名称 医師・助産婦名 市区町村長名	東京厚生年金病院 産科医師 梅田 幸三

必ず捺印してください

医師の印

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。				
	XX年 5月 30日	被保険者氏名	健保 佳代子		
		代理人職氏名	株式会社DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎		

被保険者印

領収書	金	円也 領収いたしました。	代理人職氏名	株式会社DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎	
	年 月 日				

事業主印

【注意】

医師の証明のかわりに母子手帳の写しを提出して
頂いても構いませんが、市区町村長が親子の関係を
証明しているページをコピーして下さい。

- 女性
- 出産
- 以下
 - 出産費用明細書の写し

14年 5月 30日 提出

入力番号		点検者	
------	--	-----	--