

支給決定伺		伺年月日		令和	年	月	日
		決裁年月日		令和	年	月	日
支給決定額		常務理事	事務長	課長	係		
法定	円						
付加	円						

被保険者  
家族

## 出産育児一時金(付加金)請求書

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	事業所名	
資格取得 年月日	昭・平・令 年 月 日	出生児氏名	続柄
資格喪失 年月日 (退職日の翌日)	平成 令和 年 月 日	分娩した 医療施設等 の名称及び 所在地	
分娩した 年月日	平成 令和 年 月 日	被扶養者が分娩前6ヶ月以内に勤務していたか (いづれか○で囲む) していた ・ していない	
死産・流産の 時はその旨 (○で囲む)	死産 ・ 流産	勤務していた場合、退職日及び前加入保険の記号、番号、 事業所名、所在地、電話番号等を記入して下さい	
被扶養者が分娩 である時はその 氏名・生年月日	(続柄) 氏名 昭和・平成 年 月 日生	退職日	前会社名・電話
*扶養認定日	平成・令和 年 月 日	前保険証記号・番号	

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分娩年月日	平成・令和 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 ・ 流産 ( 週・日 )
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )		
上記の通り相違ないことを証明します。				
令和 年 月 日				
医療施設の名称・所在地				
医師・助産師名 電 話				
⑩				

上記のとおり請求します

令和 年 月 日

**日本ユニシス健康保険組合 御中**

上記金額受領方を \_\_\_\_\_ に委任します

被保険者 千 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電 話 \_\_\_\_\_

振込希望口座 銀行 支店 普通 NO. \_\_\_\_\_  
当座

(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)

- ◎請求上の注意
- この様式は被保険者又はその被扶養者が分娩した場合に、出産育児一時金と出産育児附加金を請求するものです
  - この請求をする時は、この様式に「医師か助産師又は市・区・町・村長」の何れかに証明をして貰って組合に提出して下さい
  - この請求が被保険者である場合は、請求書の表題の「被保険者」を○で囲み、被扶養者である場合は、「家族」を○で囲んで下さい
  - \*扶養認定日は記入しないで下さい
  - 資格喪失後及び産休中の場合には、振込希望先口座を記入して下さい
  - 資格喪失後の場合、現在加入の被保険者証の写しを添付して下さい