

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	年 月 日
支給内訳	出産育児一時金 円
	出産育児付加金 円
標準報酬月額	円(第 級)

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被保険者
家族 出産育児一時金(付加金)請求書

① 被保険者証の 記号・番号		②事業所の名称		③被保険者の 標準報酬月額	円
④ 被保険者の 氏名				⑤ 被保険者の 生年月日	年 月 日
⑥ 出産年月日		年 月 日		⑦ 死亡のとき はその旨	
⑧ 出産した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地	〒			
⑨ 被扶養者の出産であると きはその氏名・生年月日			年 月 日		
⑩ 出生児の氏名			⑪ 出生児の 生年月日	年 月 日	
⑫ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で	ある ない	⑬ 出生児が被扶養者で ないときはその理由		
⑭ 他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている 受けていない				
⑮ 振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店	(普通 当座)	郵便局
⑯ 備考					

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の 住所 〒
氏名

㊟

アルファ健康保険組合理事長 殿

⑰ 委任状	私は 年 月 日 請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児付加金(家族出産育児付加金)のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日	被保険者の 住所 〒 氏名	㊟
	代理人の 住所 〒 氏名	㊟	
⑱ 振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店 (普通 当座)		郵便局

⑲ 領収書	金 円也但し うへの金額を領収いたしました。 年 月 日 アルファ健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名	㊟
-------	-------------------------------------------------------------------------	---

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 出産年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死別 (妊娠第 月又は第 週)		
	㉒ 出生児の数	単胎・多胎(児)				
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 ㊟					
	㉓ 本籍			㉔ 筆頭者氏名		
	㉕ 出生届出日	年 月 日	㉖ 出生児 氏名		㉗ 出生年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 年 月 日 ㊟						