

| | | |
|------|---------|---|
| 支給額 | | 円 |
| 支給内訳 | 出産育児一時金 | 円 |
| | 出産育児付加金 | 円 |

| | | | | |
|---------|-----|----|---|---|
| 決定年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 支給決定決議書 | | | | |
| 常務理事 | 事務長 | 主任 | 扱 | |
| 資格取得 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| 資格喪失 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 支給年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |

被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金請求書

| | | | |
|---|----------------|-------------------------|----------|
| ①被保険者証の 記号・番号 | 第 号 | ②事業所の名称 | |
| ③被保険者の 氏名 | | ④被保険者の 生年月日 | |
| ⑤分娩年月日 | | ⑥死亡のとき はその旨 | |
| ⑦分娩した場所 | 医療施設等 の名称 | | |
| | 医療施設等 の所在地 | | |
| ⑧家族の分娩であるとき はその氏名・生年月日 | | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| ⑨出生児の氏名 | | ⑩出生児の 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| ⑪出生児が被扶 養者かどうか | 被扶養者で ある ない | ⑫出生児が被扶養者で ないときはその理由 | |
| ⑬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 |
| ⑭払渡希望の銀行名 | 銀行 | 支店 (普通 当座 第 号) | |
| ⑮備考 | | フリガナ (口座の名義人) | |
| 上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 (郵便番号) 被保険者の住所 氏名 ⑩ | | | |
| 北海道コンピュータ関連産業健康保険組合理事長 殿 | | | |

| | | |
|------------------|---|--------------------|
| ⑯ 委 任 状 | 私は | を代理人と定め、次の権限を委任する。 |
| | 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) の受領に関すること。 | |
| | 平成 年 月 日 | |
| | 住所 被保険者の 氏名 | ⑰ |
| | 住所 代理人の 氏名 | ⑱ |
| ⑰払渡希望の銀行名 | 銀行 | 支店 (普通 当座 第 号) |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|----------------|----------|-------------------------|
| 医師村 長が 助産 婦明 する 区欄 | ⑱分娩年月日 | 平成 年 月 日 | ⑲出産・死産の別 | 生 産・死 産 (妊娠第 月又は第 週) |
| | ⑳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。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 市区町村長名 ⑳ | | | |

(記入上の注意)

1. 標題は、被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは、「家族」を○で囲んでください。
2. ⑦欄の分娩した場所は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。
なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。
3. ⑧欄は、被保険者（本人）の分娩費の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑨欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。
5. ⑬欄は、他の医療保険制度から既に分娩費を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑭欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する払渡機関名を記入してください。
7. ⑮欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する払渡機関名を記入してください。
被保険者の印と代理人の印は別印を捺印ください。