

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	円
支給内訳	円
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	000 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			
⑯ 備考	上記のとおり申請します。 住所〒 年 月 日 被保険者の氏名				
	日本飛行機健康保険組合理事長 殿		被保険者個人番号 <input type="text"/> (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)		

委任状	⑰ 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 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 銀行 支店 (普通当座)

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・死産 (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。 年 月 日 区市町村長名 印				