

受付年月日	令和	年	月	日
伺年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日
支給額	円			
支給	出産育児一時金	円		
内訳	出産育児付加金	円		
標準報酬月額	千円(第 級)			

理事長	常務理事	事務長	係員	係員

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

被保険者証の 記号・番号	—	事業所の名称	公益財団法人 天理よろづ相談所	標準報酬 月額	
氏名			生年月日	昭・平	年 月 日
出産年月日	令和	年 月 日	死亡のとき はその旨		
出産した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地				
被扶養者の 氏名・生年月日			昭・平	年	月 日
出生児の氏名			出生児の 生年月日	令和	年 月 日
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		
払込希望銀行	銀行		支店 普通預金()		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 — 住所 被保険者の 番 — — 氏名 ⑩ 天理よろづ相談所健康保険組合 理事長 殿					

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄					
出産年月日	令和	年 月 日	生産・死産の別	生 産・死 産 (妊娠第 月又は第 週)	
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。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ⑩					
出生届出日	年 月 日	出生児 氏名		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。 令和 年 月 日 市区町村長名 ⑩					