

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	出産育児一時金	円	
内 訳	出産育児付加金	円	
標準報酬月額	円 (第 級)		

支 給 支 払 決 議 書			
常務理事	担 当	担 当	担 当
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(受取代理用)

① 被 保 険 者 等 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 予 定 日	年 月 日			⑦ 出 生 児 の 予 定 数	単 ・ 多 (胎)
⑧ 出 産 予 定 場 所	医 療 機 関 等 の 名 称				
	医 療 機 関 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 出生児が被扶養者かどうか	被 扶 養 者 で	ある ない	⑪ 出生児が被扶養者でないときはその理由		
⑫ 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				
⑬ 振 込 希 望 の 銀 行 名	銀行 支店 (普通 当座) 名義 (フリガナ)				
⑭ 備 考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 住所 被保険者の 氏名 電話 () ゴールドウイン健康保険組合理事長 殿					

⑮ 受 取 代 理 人 の 欄	私は医療機関等である _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。 また、私は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 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 〒 住所 被保険者の 氏名 電話 () 〒 住所 代理人の 氏名 電話 ()				
	⑯ 振 込 希 望 の 銀 行 名	銀行 支店 (普通 当座) 名義 (フリガナ)			