

支 給  決 定  同	常務理事	事務長	部長	課長	担当者	同(決定)年月日
	標準報酬	(千円)				支給金額(円)
	資格取得	昭和・平成・令和 年月日				
	資格喪失	令和 年月日				出産育児付加金

健康保険 被保険者  
家 族 出産育児付加金支給申請書

請求者 が記入するところ	被保険者等 記号・番号	記号	50	番号	100	被保険者の 氏名	連合 太郎		
	被保険者の 現住所	(〒 530 - 0000 ) 大阪市北区〇〇町 ○-△-□ TEL ( 06 ) 1234 - 5678							
	事業所の名称	丸紅〇〇×× 株式会社							
	配偶者の分娩 であるときは 配偶者の氏名	連合 花子			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 58 年 8 月 1 日 <input type="checkbox"/> 平成			
	分娩年月日	令和 2 年 10 月 1 日			生産児数	1	人	死産児数	人
	出生児氏名	フリガナ レンゴウ ケンタ 連合 健太			他の制度から給付を受けているかどうか 給付を受けて <input type="checkbox"/> いる · <input checked="" type="checkbox"/> いない				
	資格喪失後、家族の被扶養者と なったときは、その被保険者証の 被扶養者が被保険者であった 場合は、その当時の被保険者証の	保険者名 記号及び番号			保険者名		記号・番号		
					健康保険組合・共済組合 社会保険事務所 国民健康保険(組合)		·		

※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載は不要です。

委任状	受付日付
上記保険給付金の受領を事業所担当者 に委任する。 令和 2 年 10 月 5 日 被保険者	健保 ○子 連合 太郎

丸紅連合健康保険組合