保険給付決定伺い					
支給総額	円			取得	・ ・
出産育児一時金	円				
出産育児付加金	円			喪失	・ ・
家族出産育児一時金	円				
家族出産育児付加金	円			報酬月額	千円
担当者	事務長	常務理事	備考		

被保険者
家　族

出産育児一時金・出産育児付加金　請求書

被保険者が記入するところ					
被保険者等記号・番号	1 － 1234		被保険者が勤務している事業所	中日新聞社	
分娩年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		生産・死産の別	生　産 ・ 死　産	
入院して分娩したとき	病院名称	〇〇〇病院		健康保険 自費 ・ その他	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号			
分娩者の氏名	中日　愛子		分娩者の生年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
出生児の氏名	中日　太郎		出生児が被扶養者で	ある ・ なし	
被扶養者でない理由	配偶者の扶養 ・ その他（　　）				

上記のとおり請求します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住　所　〒 〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

被保険者氏名　中日　一郎

医師助産婦の証明				
分娩年月日	令和　年　月　日		分娩費は自費診療でしたか、保険診療でしたか	自　費 健康保険 その他
生産・死産の別	生　産 ・ 死　産 （ 妊娠　　ヶ月 ）			
備　考				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 医師・助産婦				

中日新聞社健康保険組合　殿