

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
支給 内訳	一時金 円
	付加金 円

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
標準報酬	千円			
資格取得	年 月 日			
資格喪失	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	
または個人番号（マイナンバー）			被保険者の生年月日	年 月 日
被保険者の氏名				
出産した場所（医療施設等）	名称			
	所在地			
出 産 日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 週）	
出産した方が被扶養者の場合	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
直接支払制度の利用	有・無	振込希望の銀行 （被保険者口座）	銀行 支店	
退職後6ヶ月以内の出産もしくは ナイスグループ健保加入後6ヶ月 以内の出産ですか？	はい ・ いいえ		普通 当座 口座名義人	
備 考				
上記のとおり申請します。 年 月 日				
被保険者の住所 〒 —				
氏名				
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿				

証 明 欄	医 師 助産師 による 証 明	母の氏名		出生年月日	年 月 日
		出生児の数	単胎・多胎（ 児）	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 週）
		上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 年 月 日 医療施設の名称 医師・助産師の氏名			
	市町村 長による 証明 （生産 のみ）	本 籍		筆頭者氏名	
母の氏名					
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。 市町村長名 年 月 日					

※添付書類 出産育児一時金・付加金を請求する場合は、医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写しを添付して
下さい。（この領収・明細書には「産科医療保障制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。）

受付日付印

