

出 産 育 児 一 時 金 支 給 決 定 決 議 書

健康処理欄	常務理事	事務長	係	資格取得	昭・平・令	年	月	日	
				資格喪失	平・令	年	月	日	
	支給額				支給科目				
	円			(内訳)	出産育児一時金 ・ 家族出産育児一時金				

出 産 育 児 一 時 金 内 払 金 支 給 申 請 書

本人が記入するところ	被保険者証 記号番号	11 12 13 第 14 15	号	社員コード	工場名	本社 岡崎 緑 知立 幸田 六ツ美 高橋 田原 九州 平泉			
	分娩日	平・令 年 月 日			死産の時は その旨				
	出生児の氏名				出生児が 被扶養者であるか	ある ない			
	出生児が被扶養者でないときはその理由	1. 夫の被扶養者にする 2. その他 ()							
	分娩した方について	氏名			生年月日	平・令 年 月 日			
	家族が分娩前6カ月以内に勤務したことがあるときはその勤務先について	名称				TEL	()		
		所在地							
		勤務期間							
	銀行口座振込	銀行農協 労働金庫 信用金庫		店	普通 口座番号			
	受取代理	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。							
申請者名義以外の口座に振込を希望する場合のみ記入	代理人の 氏名と印	(フリガナ)			委任者と 代理人 との関係				
	代理人の 住 所	〒 -			電話	()			

【提出の流れ】 申請者 → (工場総務) → 健保 備考 (個人番号:任意記入)

【添付書類】 ①分娩費用の領収書(コピー) ②直接支払制度の合意文書(コピー)

上記のとおり申請します

令和 年 月 日

フタバ産業健康保険組合
理事長 殿

〒 -
被保険者
住 所

氏 名

捨印

