

給付金支給決定決議書	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者	支給額	万	千	百	十	円
	資格取得	年		月	日		分 年 月 日	令和 年 月 日			
	資格喪失	年		月	日						
	標準報酬月額	年	月	日	千円						
	被扶養者確認	有		無							

## 被保険者 家族 出産育児一時金等請求書

① 被保険者証の記号番号	—		② 事業所の名称				
③ 家族の分娩であるときはその者の	氏名			④ 妻が社会保険に加入していたときは妻の被保険者証(組合員証)の記号番号			
	生年月日	昭平	年 月 日				
⑤ 出生児の氏名				⑥ 続柄			
⑦ 医師又は助産婦が記入するところ	予定年月日	令和	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月と 日)		
	分娩年月日	令和	年 月 日				
	出生児の数 単胎・多胎( 児)						
	上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師・助産婦名 氏 名 TEL — —						
⑧ 市区町村長が記入するところ	本籍				筆頭者氏名		
	出生届出日	令和	年 月 日	出生児氏名		出生年月日 令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 市区町村長名						
⑨ 上記のとおり申請します。 郵便番号 — 令和 年 月 日 住所 被保険者(請求者) 氏 名 宮城県自動車販売健康保険組合 殿 TEL — —							
委任状	上記金額の受領をつぎのとおり委任します			住所			
	⑩ 委任された者(個人名)の			氏 名			
	⑪ 委任する者(請求者)の			氏 名			
⑫ <input type="checkbox"/> 公金受取口座を希望する場合は <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。⑬の記載は不要です。							
⑬ 払渡希望の銀行名		・請求者と預金者が違う場合は、委任状欄をご記入下さい。				受付印	
銀行名		銀行 本・支店					
口座の種類		普通預金・当座預金・貯蓄預金					
口座の記号番号							
預金者の氏名		フリガナ					

- 注1 全額自己負担の方のみ、⑦欄又は⑧欄どちらか一方の証明をいただして下さい。(医療機関は、証明代はかかります。)  
注2 ④欄は、妻が退職後6ヶ月以内の場合には、以前加入していた被保険者証番号を必ず記入して下さい。  
注3 直接支払制度を利用しなかった場合でも、出産費用明細書と直接支払に合意しない文書の写しを必ず添付して下さい。  
注4 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児氏名及び続柄の記載は不要です。