支給決定決議書						
科目	出産育児一時金　・　家族出産育児一時金		給付実績等	常務理事	事務長	係
金額	法定給付	円				
	付加給付					
	合計	円				
資格記録	資格取得日	年　月　日				
	資格喪失日	年　月　日				
	認定日	年　月　日		決定	年　月　日	
	削除日	年　月　日	備考 産科補償医療制度：　有・無　・　海外出産			

◎この欄には記入しないでください。

健康保険　☐被保険者 ☑家　族　出産育児一時金・同付加金支給申請書

日中連絡のとれる電話番号を記入してください

【直接支払制度をご利用の方は、この申請書の提出は不要です】

被保険者記入欄

被保険者等記号	××	番号	××××××	事業所名称	㈱××××	TEL	××-××××-××××
被扶養者が出産したとき	被扶養者氏名	電通　花子		被扶養者生年月日	平成××年××月××日		
出産した年月日	令和××年××月××日	生産児数	死産児数	死産のときは その妊娠経過期間	週		
		× 人	人				

【国内出産の場合の添付書類】↓チェックしてください

☑ 医療機関等から交付される合意文書の写し

☑ 出産費用の領収・明細書の写し（22 週以上で、産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合は当該出産であることを証明するスタンプの押印又は明記があるもの）

☑ 申請書の下部「医師・助産師又は市区町村」の証明の記載をお願いします。

【海外出産の場合の添付書類】↓チェックしてください

☐ 出産した医療機関や公的機関が発行する出生証明書とその和訳

☐ 海外出産をした方が当該海外出産をした国に渡航していた事実が確認できる書類
（パスポートの氏名、国内および滞在国の出入国印の押印があるページのコピー等）

資格喪失者 振込先口座	※退職者（又は予定）の方のみ、記入してください。 （在職中の方は給与とあわせて給付されます）		退職（予定）日	年　月　日	
	銀行名		支店名	口座種別	普通・当座
	口座番号		口座名義		

・上記のとおり申請します。
・在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。
・電通健康保険組合が、出産育児一時金(家族出産育児一時金)の支給審査を行うにあたり、不明な点があった場合、海外出産の申請について、支給申請書に記載された事実（出産を行った日時、場所、内容等）を確認するため、当該海外出産の介助を行った者（海外の医療機関等）に照会を行うこと及び当該者がこれらの照会の回答をされること、さらに、当該者から照会に対する情報を電通健康保険組合が受けとることに同意します。
また、現地の医療機関等から別途同意書など、その他の書類を求められた場合、当該必要書類の提示に協力することも併せて同意します。なお、照会先が複数となる場合は、この同意書の写しも有効とします。

令和××　年　××　月　××　日

被保険者　住所　××県××市××町×－×××－××

電通健康保険組合理事長　殿　　氏名　電通　太郎

医師・助産師又は市区町村長証明欄

出産者氏名			出産年月日	年　月　日	
出生児の数	単胎　・　多胎　（　　児）		生産または死産の別	生産　・　死産　（妊娠　　週）	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年　月　日 医療施設の所在地 ① 医療施設の名称 医師・助産師の氏名　TEL					
本　籍			筆頭者氏名		
母の氏名		出生児氏名		生年月日	年　月　日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年　月　日 市区町村長名　②　㊞					

この欄は、①又は②で証明をもらってください。