


受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	円
出産育児一時金	円
出産育児一時金付加金	円
標準報酬額	円(第 級)

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者 家族 出産育児一時金 (付加金) 請求書


① 被保険者証の番号	0000000000	② 事業所の名称	〇〇〇株式会社	③ 被保険者の標準報酬額	0 0 0 0 円
④ 被保険者の氏名	健保 太郎	⑤ 被保険者の生年月日		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
⑥ 出産年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	⑦ 死亡のときはその旨			
⑧ 出産した場所	医療施設等の名称	〇〇産婦人科			
	医療施設等の所在地	〒 000-0000 〇〇県〇〇市△△町2-1			
⑨ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日					
⑩ 出生児の氏名	健保 花子	⑪ 出生児の生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <u>ある</u> ない	⑬ 出生児が被扶養者でないときはその理由			
⑭ 他制度から給付を受けているかどうか	受けている		<u>受けていない</u>		
⑮ 振込希望の銀行	〇〇〇〇 銀行 〇〇 支店	(普通当座)	0000000		
⑯ 備考					

上記のとおり申請します。
 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
 住所〒 000-0000 〇〇県〇〇市△△町3-2-1
 被保険者の氏名 健保 太郎
 健康保険組合理事長 殿 

⑰ 委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	年 月 日請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金) ・ 出産育児一時金 円也の受領に関すること。
	年 月 日	
	被保険者の住所〒	氏名
	代理人の住所〒	氏名

⑱ 振込希望の銀行	〇〇〇〇 銀行 〇〇 支店 (普通当座)	0000000
-----------	------------------------	---------

⑲ 領収書	金 円也但し	うえの金額を領収いたしました。
	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	健康保険組合理事長 殿
	受領者住所 〒 000-0000 〇〇県〇〇市△△町3-2-1	氏名 健保 太郎

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 出産年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	㉒ 出生児の数	<u>単胎</u> ・ 多胎 (〇 児)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 医療施設の名称・所在地 〒 000-0000 〇〇県〇〇市△△町2-1 医師・助産師名 〇〇産婦人科 〇〇 〇〇 				
	㉓ 本籍		㉔ 筆頭者氏名		
	㉕ 出生届出日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	㉖ 出生児氏名	健保 花子	㉗ 出生年月日

上記のとおり相違ないことを証明する。
 年 月 日
 区市町村長名 印

〔記入上の方法〕

I

1. 標題は被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑨欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪の欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが、間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児一時金付加金(家族出産育児一時金付加金)」の文字で不要のものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等 を記載したもの)を添付してください。
12. ⑲欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- ⑳欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。