

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

支給支払決議書			
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	② 事業所の名称	③ 被保険者の標準報酬月額	円
④ 被保険者の氏名		⑤ 被保険者の生年月日	年 月 日
⑥ 出産年月日	年 月 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		
	医療施設等の所在地		
⑨ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日		年 月 日	
⑩ 出生児の氏名		⑪ 出生児の生年月日	年 月 日
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である 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	受けていない	
⑮ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店(普通当座)	郵便局
⑯ 備考			
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所〒 健康保険組合理事長 殿 氏名 印			

⑰ 委任状	私は 年 月 日 請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・ 出産育児付加金(家族出産育児付加金)のうち 金 円也の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の住所〒 氏名 印		
	代理人の住所〒 氏名 印		
⑱ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店(普通当座)	郵便局

⑲ 領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所〒 氏名 印
-------	--

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 出産年月日	年 月 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	単胎・多胎(児)		
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地〒 医師・助産師名 印			
	㉓ 本籍		㉔ 筆頭者氏名	
	㉕ 出生届出日	年 月 日	㉖ 出生児氏名	㉗ 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。 年 月 日 市区町村長名 印				

(記入上の注意)

I. 被保険者への注意事項

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)・出産育児付加金(家族出産育児付加金)」の文字で不要な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。