

| | | | |
|--------|---------|---|---|
| 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 記号・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 | | | | 年 | 月 日 |
| ⑫出生児が被扶養者か 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 〒
 氏名
 健康保険組合理事長 殿 ㊟

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
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 ㊟

| | | | | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|---|---|-------------|-------------------------|
| 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 ㊟ | | | | | |
| | 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 |
| 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 ㊟ | | | | | | |

(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。