

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	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 被記号・番号	② 事業所の名称	③ 被保険者の 標準報酬額	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			
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 かどうか	被扶養者である か	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	銀行 支店 ( 普通 当座 )		
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

印

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	銀行 支店 ( 普通 当座 )	

⑲ 領収書	金	円但し
	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明する。 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 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。