

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 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<br>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 | 0000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

被保険者の住所 〒 000-0000 〇〇県〇〇市△△町3-2-1  
氏名 健保 太郎

健康保険組合理事長 殿



|           |   |   |
|-----------|---|---|
| ⑰ 委任状     | 私は 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇年〇〇月〇〇日 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 〇〇円也の受領に関すること。 | 被保険者の住所 〒 〇〇〇〇〇 〇〇県〇〇市△△町3-2-1 氏名 健保 太郎 印 |
|           |   | 代理人の住所 〒 〇〇〇〇〇 〇〇県〇〇市△△町3-2-1 氏名 健保 太郎 印  |
| 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 〇〇円但し 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇年〇〇月〇〇日 うえの金額を領収いたしました。 | 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。<br>〇〇年〇〇月〇〇日<br>医療施設の名称・所在地 〒 000-0000 〇〇県〇〇市△△町2-1<br>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 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |

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。