

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	主任		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 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 標準報酬額	円
④ 被保険者の 氏名		⑤ 被保険者の 生年月日			年月日
⑥ 分娩年月日		⑦ 死亡のとき はその旨			
⑧ 分娩した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地	〒			
⑨ 家族の分娩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					
⑯ 備考					
上記のとおり申請します。					
		年 月 日	住所〒	被保険者の 氏名	印
				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付加金（家族出産育児一時金付加金）のうち 円也の受領に関すること。			
	年 月 日	住所〒	被保険者の 氏名		印
		住所〒	代理人の 氏名		印
⑱					

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		住所〒	受領者の 氏名	印

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 分娩年月日	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. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の分娩した場所は、分娩した病院、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、自宅分娩の場合は、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分娩であるときは、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。

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。