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	年　月　日		
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	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 / 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

被保険者の　住所〒
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。

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）のうち金　円也の受領に関すること。

年　月　日

被保険者の　住所〒
氏名　印

代理人の　住所〒
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

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 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、○○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○月又は第○週であったかを記入してください。