

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	円
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 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		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 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	印
健康保険組合理事長 殿			

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事。	被 保 険 者 の 住 所 〒 氏 名	印
	年 月 日	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)		

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 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. 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、○○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

- ㉑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。