

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		
	出産育児付加金		円		
標準報酬月額		円(第 級)			

支給支払決議書			
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月額		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		医療機関等の名称		〒		
		医療機関等の所在地				
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		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 振込希望の金融機関名		銀行・金庫・信組				店・本店 支店・出張所
		普通当座		口座番号		フリガナ 口座名義
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 ㊞※						

⑰ 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)・出産育児付加金(家族出産育児付加金)のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 ㊞ 代理人の住所 〒 氏名 ㊞ 委任者と代理人との関係					
	⑱ 振込希望の金融機関名		銀行・金庫・信組 店・本店 支店・出張所 普通当座 口座番号 フリガナ 口座名義			

⑲ 領収書	金 円也但し 年 月 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 〒 氏名 ㊞					
-------	---	--	--	--	--	--

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		(妊娠 生産・死産 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する。 年 月 日							
	医療機関等の名称・所在地 〒 医師・助産師の氏名 ㊞							
	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 市区町村長名 ㊞							

※被保険者本人が署名した場合は、押印不要です。