

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決済年月日	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 かどうか	被扶養者である 被扶養者でない	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 又は郵便局名	銀行	支店(普通 当座)	郵便局
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 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事。 年 月 日、 〒 被保険者の 住所 氏名 (印) 代理人の 住所 氏名 (印)		
⑱ 振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店(普通 当座)	郵便局

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	②① 出産年月日	年 月 日	②② 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	②③ 出産児の数	単胎・多胎( 児 )				
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 〒 医療施設の名称・所在地 医師・初産婦名 (印)					
	②④ 本籍			②⑤ 筆頭者氏名		
	②⑥ 出生届出日	年 月 日	②⑦ 出生児 氏名	②⑧ 出生 年月日	年 月 日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 市区町村長名 (印)						