

※支給決定伺		支給決定日 令和 年 月 日					
支 給 額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担 当	
	付加給付	款 項 目	円				
	合 計		円				

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金・付加金請求書（本人への全額支給用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 ○ ○ 番号 ○ ○ ○	被保険者 資格取得日	平成 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	年	月	日
	被保険者 氏 名 生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 (印)	被保険者 住 所	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号								
	所属事業所 及び部署名	株式会社 健康保険 組合	電話	03 (1234) 5678								
	被扶養者の分岐 である場合は その者の氏名	健保 花子	被保険者と 分岐した者 の 続 柄	妻	分べんの日	令和 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○						
出生児の 氏 名	フリガナ ケンポ タダシ 健保 正	被保険者と 出 生 児 の 続 柄	長男	※双子以上の場合も1枚の請求書で提出可								
①資格喪失後、家族の被扶養者となったと 名・電話番号・記号・番号について			※6ヶ月以内の取得・喪失の異動が ある人は、記入してください			国民健康保険						
②被扶養者が出産した日の半年前に被保険 時の、保険者名・電話番号・記号・番号						健康保険組合						

※医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください

(添付書類) ①医療機関から交付された「直接支払制度を利用していない」旨の文書の写し

②産科医療補償制度に加入している分娩機関等で出産した場合、領収書（請求書）の写し

③海外で出産の場合には同意書（別紙あり）、海外に渡航した事実が確認できる書類の写し（旅券、航空券など）

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	分娩年月日	令和 年 月 日	生産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)	
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	備 考		
	医療施設名の名称・所在地	医師・助産師名	※医師・助産師または、お住まいの 市区町村で記入してもらってください		
	本 籍				
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 (印)					

委 任 状	私は、出産育児一時金・出産育児一時金付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。		令和〇〇年 〇月 〇日
	被保険者氏名	健保 太郎 (印)	

支 払 金 融 機 関	任意継続被保険者または、 資格喪失後の請求であるとき は、申請者本人の口座を 右欄に記入してください。	銀 行 信用金庫	本店 支店	令和〇〇年 〇月 〇日提出 受付日付印
	※退職者・任意継続者以外は 記入しないでください			