※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 / 令和 ○○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 昭和 / 平成・令和 ○○年○○月○○日	被保険者住所	〒123-4567 ○○県○○市○○町1-2-3　××ハイツ123号 電話 111（222）3333		
所属事業所及び部署名	株式会社　健康保険　組合部		電話 03（1234）5678		
被扶養者の分娩である場合はその者の氏名	健保　花子	被保険者と分娩した者の続柄	妻	分べんの日	令和 ○○年0303日
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

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

※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

全国健康保険協会（　　）支部
（　　）国民健康保険
（　　）健康保険組合
番号

※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	

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

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	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

市区町村長名

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○○年　○月　○日

被保険者氏名　健保　太郎

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

※退職者・任意継続者以外は記入しないでください

令和○○年　○月　○日提出

受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合

2021.5