

付加給付支給手続規程

制定 平成 17 年 4 月 1 日

改正 平成 19 年 10 月 1 日

付加給付支給手続規程

(目的)

第1条 この規程は、組合同約第52条第3項に基づき付加給付の支給手続を行うに必要とする事項を定め、事務の適正と事業運営の円滑化を図ることを目的とする。

(出産育児一時金付加金)

第2条 出産育児一時金付加金もしくは家族出産育児一時金付加金を請求する場合は、組合の所定の様式に所要事項を記入の上、市町村長または医師、助産婦において分娩の事実を証明した書類を添付して請求するものとする。

(出産手当金付加金)

第3条 出産手当金付加金を請求する場合は、組合の所定の様式に所要事項を記入のうえ、つぎの各号の書類を添付して請求するものとする。

- (1) 労務に服さなかった期間に関する事業主の証明
- (2) 分娩予定年月日に関する医師または助産師の意見書

(埋葬料付加金)

第4条 埋葬料付加金もしくは埋葬費付加金、または家族埋葬料付加金を請求書する場合は、組合の所定の様式に所要事項を記入し、次の各号に掲げるもののうち一つを添付の上請求するものとする。

- (1) 市区町村長の埋葬許可証もしくは火葬許可証の写
- (2) 死亡に関する事業主の証明
- (3) 死亡診断書もしくは死体検案書の写

2 埋葬費付加金を請求する場合は、前項に掲げるもののほか埋葬に要した費用に関する証拠書類を添付すること。

(請求方法)

第5条 付加給付は原則として法定給付の請求と同時に請求するものとする。

(添付書類の省略)

第6条 第2条から第4条までの添付書類については法定給付の請求書に添付した場合は、これを省略することができる。

(支給時期)

第7条 付加給付は請求の都度支給する。

(支給方法)

第8条 付加給付の支給は、銀行振込により支給する。

附 則

この規程は、平成19年10月1日から施行する。

出産育児一時金付加金請求書様式（全額支給用）

| | | | | | | |
|--------|------|-------|----------------|------|-----|-----|
| ※支給決定日 | | | 支給決定日 平成 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) | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者氏名 生年月日 | フリガナ | | ◎ | 被保険者住 所 | | 〒 | | | | | |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | | 電話 () | | | | | |
| | 所属事業所 及び部署名 | 電話 () | | | | | | | | | | |
| | 被扶養者の 分娩である 場合はその 者の氏名 | | | 被保険者と 分娩した者 の 続 柄 | | | 分べんの日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | 出生児の 氏 名 | フリガナ | | 被保険者と 出 生 児 の 続 柄 | | | | | | | | |
| | 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか | ある・ない | 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由 | | | | | | | | | |
| | ①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について | | | ◎ | 保険者名 | | 全国健康保険協会 () 支 部 | | | | | |
| | ②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について | | | | 電話番号 | | () 国 民 健 康 保 険 () 健 康 保 険 組 合 | | | | | |
| | | | | 記 号 | 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) 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

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|-----------------|--------------|------------------------|-------|-------|----------|--|--|--|--|--|
| 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 | 平成 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。 | | | | | | | | | | | |
| | 医療施設名の名称・所在地 | | | | | | | | | | | |
| | 医師・助産師名 ◎ 電話 () | | | | | | | | | | | |
| 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ | 本 籍 | | | | 筆頭者氏名 | | | | | | | |
| | 出生届出日 | 平成 年 月 日 | 出生児氏名 | | | 出生年月日 | 平成 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 ◎ | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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。 | | | | | | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 ◎ | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|-----------|-------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 本店 | | 平成 年 月 日提出 | | | | | | | | | |
| | | 信用金庫 支店 | | 受付日付印 | | | | | | | | | |
| | | 支店番号 | 普通・当座 | 預金番号(右つめ) | | | | | | | | | |
| | | 名義人(フリガナ) | | | | | | | | | | | |

出産育児一時金付加金請求書様式（差額支給用）

| | | | | | | |
|--------|------|---------|----------------|------|-----|-----|
| ※支給決定日 | | | 支給決定日 平成 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 | | | |
| | | 医療機関支給額 | 円 | | | |
| | | 被保険者支給額 | 円 | | | |

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金・付加金請求書（差額申請用）

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------|-------------------------|-----------------|-----------|----|---|-----------------------|----|---|---|---|
| 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) | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者氏名 生年月日 | フリガナ | ◎ | 被保険者住所 | 〒 | | | | | | | |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | | | 電話 () | | | | | | | |
| | 所属事業所及び部署名 | 電話 () | | | | | | | | | | |
| | 被扶養者の分娩である場合はその者の氏名 | | 被保険者と分娩する者の続柄 | | 分娩日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | ある・ない | 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由 | | | | | | | | | |
| | ①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について | 保険者名 | | 全国健康保険協会 () 支部 | | | | | | | | |
| | ②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について | 電話番号 | | () 国民健康保険 | | | | | | | | |
| | | 記号 | | () 健康保険組合 | | | | | | | | |
| | | 番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者に対する支払金融機関の欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 | | 本店 支店 | | | | | | | | | |
| | 支店番号 | | 普通・当座 | | 預金番号(右つめ) | | | | | | | |
| | 名義人(フリガナ) | | | | | | | | | | | |

(添付書類) 医療機関等から交付された分娩費明細書

平成 年 月 日提出

受付日付印

出産手当金付加金請求書様式 (1枚目)

| | | | | | | | |
|--------|------------|----------------|---|------|-----|----|--|
| ※支給決定日 | | 支給決定日 平成 年 月 日 | | | | | |
| 支給期間 | 自 平成 年 月 日 | 標準報酬月額 | 円 | | | | |
| | 至 平成 年 月 日 | 標準報酬日額 | 円 | | | | |
| 支給額 | 法定給付 | 款 項 目 | 円 | 常务理事 | 事務長 | 担当 | |
| | 付加給付 | 款 項 目 | 円 | | | | |
| | 合 計 | | 円 | | | | |

健康保険出産手当金・付加金請求書

(1枚目)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|-------------|-----------|--------|----|--------------|----|-----------------------|----|---|---|---|--|
| 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) | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | 被保険者氏名 生年月日 | フリガナ | | 被保険者住所 | | 〒 | | | | | | | |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | 電話 () | | | | | | | |
| | 所属事業所及び部署名 | 電話 () | | | | | | | | | | | |
| | 分娩年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 分娩予定年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 分娩のため休んだ期間 | 平成 年 月 日 から | | | 日間 | | | | | | | | |
| | | 平成 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | |
| ①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか? | | 現在まで | 受けた・受けない | | 将来 | 受けられる・受けられない | | | | | | | |
| ②報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間 | | 平成 年 月 日 から | の分として | | | | | | | | 円 | | |
| | | 平成 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | |

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------|----------------------|--------|--|--|--|--|--|--|-------|-------|
| 事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ | 労務に服さなかった期間 | 平成 年 月 日 から | 日間 | | | | | | | | | |
| | | 平成 年 月 日 まで | | | | | | | | | | |
| | うえの期間中の分として支払う報酬関係 | ①全額支給した場合または支給する場合 | 平成 年 月 日 から | の分の報酬を | | | | | | | | 円受けた。 |
| | | | 平成 年 月 日 まで | | | | | | | | | |
| | ②一部支給した場合または支給する場合 | 平成 年 月 日 から | の分の報酬を | | | | | | | | 円受けた。 | |
| | | 平成 年 月 日 まで | | | | | | | | | | |
| | ③現在までにも、また将来も支給しない場合は、その旨 | 平成 年 月 日 から | の分の報酬は、現在も将来も支給しません。 | | | | | | | | | |
| | | 平成 年 月 日 まで | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 事業主 名称 | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | | | | |
| 電 話 | | | | | | | | | | | | |

出産手当金付加金請求書様式（2枚目）

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| (2枚目) | | | | | |
| 医師又は助産師が証明するところ | 分娩年月日 | 平成 年 月 日 | 分娩予定年月日 | 平成 年 月 日 | |
| | 正常分娩又は異常分娩の別 | 正 常 ・ 異 常 | | 生 産 又 は 死 産 の 別 | 生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヶ 月) |
| | 出生児の数 | 単 胎 ・ 多 胎 (児) | | | |
| | 入院して分娩したときは、その期間 | 平成 年 月 日 から | 日間 | 入院の費用の別 | 健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他 |
| | | 平成 年 月 日 まで | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | |
| 所在地 | | | | | |
| 職名 () 名 称 | | | | | |
| 氏 名 | | | | | |
| 電 話 | | | | | |
| ◎資格喪失後の者は、無職無収入証明を記入してください。 | | | | | |
| 無職無収入証明 | 平成 年 月 日 から | | 日間 無職無収入でありました。 | | |
| | 平成 年 月 日 まで | | | | |
| | 上記のとおり相違ありません。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | |
| 被保険者 住 所 | | | | | |
| 氏 名 | | | | | |
| 印 | | | | | |
| 委任状 | 私は、出産手当金・付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。 | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | |
| 支払金融機関 | 平成 年 月 日提出 | | | | |
| | 受付日付印 | | | | |
| | 銀 行 本店 信用金庫 支店 信用組合 | | | | |
| | 支店番号 | | 預金番号 (右づめ) | | |
| | | | | | |
| 普通・当座 | | | | | |
| 名義人(刀がナ) | | | | | |
| | | | | | |
| エイチ・アイ・エス健康保険組合 | | | | | |

埋葬料（費）付加金請求書様式

| | | | | | | |
|--------|------|-------|---|----------------|-----|----|
| ※支給決定伺 | | | | 支給決定日 平成 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 埋葬料（費）・付加金請求書
家 族

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|-----------|-------------|---|-----------------|----------------------------|-----------------------|----|---|---|---|
| 被 保 険 者 (請 求 者) | 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) | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者(請求者)氏名 生年月日 | フリガナ | | ◎ | | 被保険者(請求者)住所 | | 〒 | | | | |
| | 所属事業所及び部署名 | 電話 () | | | | | | | | | | |
| | 死亡した年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 死亡原因 | 第三者の行為によるものですか はい ・ いいえ | | | | | |
| が記入するところ | 被扶養者が死亡した場合 | 死亡した者の氏名・生年月日・続柄 | | 昭和・平成 年 月 日 | | 被保険者との続柄 | | (備考) | | | | |
| | 被保険者が死亡した場合 | 死亡した者の氏名・生年月日・身分関係 葬祭日・葬祭費用 | | 昭和・平成 年 月 日 | | 被保険者との請求者との身分関係 | | | | | | |
| | 生計維持されていなかった者が請求する場合 | 埋葬した年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 埋葬に要した費用 | 円 | | | | |

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つを添付(写)してください。

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」（費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの）を添付してください。

※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類（戸籍謄本、住民票等）を添付してください。

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|---------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業主の証明する欄 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | |
| | 事業主 名称 | ◎ | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | ◎ | | | | | | | | | |
| | 電 話 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 委任状 | 私は、埋葬料・埋葬付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | ◎ | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------|--|------|-------|-----------|
| 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 | | 本店 |
| | | 信用金庫 | | 支店 |
| | | 信用組合 | | |
| | | 支店番号 | 普通・当座 | 預金番号(右づめ) |
| | | | | |
| 名義人(フリガナ) | | | | |
| | | | | |

平成 年 月 日 提出

受付日付印