

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。

(記入上の注意)

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは、「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療機関等の名称を記入してください。
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑨欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「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)」の文字で不要なものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。
12. ⑲欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

㉑欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。

(添付書類について)

次の書類を添付してください。

- ・医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し。産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、その旨を証するスタンプ印が押されているかを確認してください。
- ・医療機関等から交付される直接支払制度を利用しない旨の記載がある合意文書の写し