

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 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 健康保険組合理事長 殿 印			

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	印 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	⑳ 出産年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 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 医療施設の名称・所在地〒 医師・助産師名			
	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
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 印				