

受付年月日	年	月	日
同年月日	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
住所 〒
被保険者の氏名
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事。				
	被保険者の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名				
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				

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	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					