

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 出産育児一時金(付加金)請求書
家族

① 被保険者証の番号	1-1234567	② 事業所の名称	丸井グループ	③ 被保険者の標準報酬月額	円
④ 被保険者の氏名	丸井 太郎	⑤ 被保険者の生年月日	○年○月○日	⑦ 死亡のときはその旨	
⑥ 出産年月日	○年○月○日	⑧ 出産した場所	医療施設等の名称 中野総合病院 医療施設等の所在地 〒164-0011 東京都中野区中野4-59-16	⑨ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日	丸井 花子 ○年○月○日
⑩ 出生児の氏名	丸井 健太	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 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 受けていない <input checked="" type="checkbox"/>				
⑮ 振込希望の銀行名又は郵便局名	○○銀行○○支店(普通当座 99999999)				郵便局
⑯ 備考	口座名義が被保険者名と異なる場合は、記入ください。				
上記のとおり申請します。 ○年○月○日 被保険者の住所 〒164-0001 東京都中野区中野3-7-18 氏名 丸井 太郎 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 金 円也の受領に関すること。 を代理人と定め、次の権限を委任する。 ○年○月○日 被保険者の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名 ※本人と名義が異なる場合は、必ず記入してください。		
⑱ 振込希望の銀行名又は郵便局名	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
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				

病院で証明をもらってください。
※22週以上の分娩で「産科医療償還制度」に加入の医療機関の場合は、加入機関の押印された領収書または請求書の号を添付してください。