

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 被 保 険 者 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
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 被保険者の住所〒 健康保険組合理事長 殿 氏名 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 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の住所〒 氏名 印 代理人の住所〒 氏名 印		
	⑱ 振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店（普通 当座）

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 印					
	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						