

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	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	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。			
	金	年	月	日	
		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						
㊟						