

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 一 時 金 付 加 金 円
標 準 報 酬 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	〇〇〇-〇〇〇〇	② 事 業 所 の 名 称	〇〇〇〇〇〇
③ 被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑤ 出 産 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	⑥ 死 亡 の と き は そ の 旨	該 当 せ ず
⑦ 出 産 し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称	〇〇〇〇病院	
	医 療 施 設 等 の 所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町2	
⑧ 被 扶 養 者 の 出 産 で あ る と き は そ の 氏 名 ・ 生 年 月 日	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子		〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑪ 出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か	被 扶 養 者 で ある ない	⑫ 出 生 児 が 被 扶 養 者 で ない と き は そ の 理 由	該 当 せ ず
⑬ 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		
⑭ 振 込 希 望 の 銀 行	〇〇 銀 行 〇〇 支 店 (普通 当 座 No. 〇〇〇〇〇〇〇)	(フリガナ)	ケンボ タロウ
		口 座 名 義 人	健保 太郎
⑮ 備 考	上記のとおり申請します。 年 月 日 〒〇〇〇-〇〇〇〇 住所 〇〇県〇〇市〇〇町 被 保 険 者 の 電 話 〇〇〇 局 (〇〇〇) 〇〇〇〇 番 健康保険組合理事長 殿 氏 名 健保 太郎		



⑯ 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) ・ 出産育児一時金 付加金 (家族出産育児一時金付加金) のうち 金 円也の受領に関する事。 年 月 日	被 保 険 者 の 住 所 氏 名 〒 住 所 氏 名	印
		代 理 人 の 住 所 氏 名	印
⑰ 振 込 希 望 の 銀 行	銀行 支店 (普通 当 座 第 号)		

⑱ 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	医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 に 証 明 し て い た だ く こ と
	健康保険組合理事長 殿 住所 〒 受領者 氏 名	印

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	⑲ 出 産 年 月 日	年 月 日	⑳ 生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 月 又 は 第 週)		
	㉑ 出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					
	医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 印					
	㉒ 本 籍		㉓ 筆 頭 者 氏 名			
	㉔ 出 生 届 出 日	年 月 日	㉕ 出 生 児 氏 名		㉖ 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 区市町村長名 印						

(注意事項) ・ 出産に要した費用の額を証明する領収書の写を添付してください。
・ 直接支払制度合意文書の写を添付してください。

〔記入上の方法〕

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑦欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。（なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。）
3. ⑧欄は、被保険者（本人）の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑬欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
5. ⑭欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
6. ⑮欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが、間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
7. ⑯欄の「出産育児一時金（家族出産育児一時金）・出産育児一時金付加金（家族出産育児一時金付加金）」の文字で不要のものは抹消してください。
8. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑯欄に受領委任した金額を記入してください。
9. ⑰欄は委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
10. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。
11. ⑱欄は、被保険者（本人）が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- ⑳欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。

〔添付書類〕

- ・ 出産に要した費用の額を証明する領収書の写を添付してください。
- ・ 直接支払制度合意文書の写を添付してください。