

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 出産育児一時金	円
内訳 出産育児付加金	円
標準報酬月額額	千円（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
配偶者

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	
④ 被保険者の 氏名		⑤ 被保険者の 生年月日	年 月 日
⑥ 分娩年月日	年 月 日	⑦ 死亡のとき はその旨	
⑧ 分娩した場所	医療施設等の 名称 医療施設等の 所在地		
⑨ 配偶者の分娩であると 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 他健保から給付を 受けているかどうか	受けている	受けていない	保険者名
⑮ 直接払制度を利用 しているかどうか	利用している	利用していない	
⑯ 振込希望の銀行	銀行 支店（普通 当座） 注：振込口座は被保険者本人のものを記載してください。（被扶養者分の給付も被保険者本人の口座へ振り込み ます。）		
⑰ 備 考			
上記のとおり申請します。		年 月 日	
健康保険組合理事長 殿			
住所			
被保険者の 氏名			

⑱ 委任状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	年 月 日
	被保険者の 住所 氏名	印
	代理人の 住所 氏名	印
⑲ 振込希望の銀行	銀行	支店（普通 当座）

※直接支払制度を利用された場合は⑳からの記入は不要です。

区 医 町 師 村 長 が 証 明 す る 欄	⑳ 分娩年月日	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 市区町村長名				