

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 出産育児一時金	円
内訳 出産育児付加金	円
標準報酬月額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務次長	係
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	円
④ 被保険者の氏名				⑤ 被保険者の生年月日	
⑥ 出産年月日				⑦ 死亡の時はその旨	
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 振込希望銀行又は郵便局名	銀行	支店（	普通 当座	）	
⑯ 備考					
上記のとおり申請します。					
				〒	
				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	を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	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	〒			
		住所			
		被保険者の			㊟
		氏名			
		〒			
		住所			
		代理人の			㊟
		氏名			
⑱ 振込希望銀行又は郵便局名	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 〒			
		住所			
		受領者			㊟
		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		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)				
	上記のとおり申請します。					
	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 出生時氏名		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		㊟				

※なお申請、委任状、領収書欄について自署の場合は押印を省略可とする。