

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	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額	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 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。					
				年 月 日	〒
				住所	
				被保険者の氏名	印
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	印
			被保険者の氏名		
			〒	印	
			代理人の住所		
			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		〒	住所	印
			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		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 印						

※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。