

※支給決定日			支給決定日 平成 年 月 日			
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担 当
	付加給付	款 項 目	円			
	合 計		円			

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金・付加金請求書 (本人への全額支給用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 ○ ○ 番号 ○ ○ ○	被保険者 資格取得日	平成 1 7 0 4 0 1	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日			
	被保険者 氏 名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者 住 所	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号								
	生年月日	昭和 平成 50 年 1 月 1 日	電話	111 (222) 3333								
	所属事業所 及び部署名	株式会社 健康保険 組合部		電話	03 (1234) 5678							
	被扶養者の 分焼である 場合はその 者の氏名	健保 花子		被保険者と 分焼した者 の 続 柄	妻		分べんの日	平成	〇	〇	0 3 0 3	
	出生児の 氏 名	フリガナ ケンポ タダシ 健保 正	被保険者と 出生児 の 続 柄	長男								
	出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある・ない (ある)		出生児が被保険者の被扶養者で ないときはその理由								
	①資格喪失後、家族の被扶養者となっ た名・電話番号・記号・番号について			健康保険協会 () 支 部 () 国 民 健 康 保 険 () 健 康 保 険 組 合								
	②被扶養者が出産した日の半年前に被 時の、保険者名・電話番号・記号・			番 号								
	※6ヶ月以内の取得・喪失の異動がある人は、記入してください											

※医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください

(添付書類) ①医療機関から交付された「直接支払制度を利用していない」旨の文書の写し

①は必ず添付ください
②は該当の場合、添付ください

②産科医療補償制度に加入している分娩機関等で出産した場合、領収書(請求書)の写し

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	分娩年月日	平成 年 月 日	生産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)			
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	備 考				
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
	医療施設名の名称・所在地	※医師・助産師または、お住まいの 市区町村で記入してもらってください					
	医師・助産師名						
本 籍							
出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名			出生年月日	平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。							
市区町村長名		平成 年 月 日					

委 任 状	私は、出産育児一時金・出産育児付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。					
	被保険者氏名	健保 太郎				平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

支 払 金 融 機 関	任意継続被保険者または、 資格喪失後の請求であるとき は、申請者本人の口座を 右欄に記入してください。	銀 行 信 用 金 庫	本店 支店
	※退職者・任意継続者以外は 記入しないでください		

平成〇〇年〇月〇日提出

受付日付印