

※支給決議書	支給年月日	平成 年 月 日				常務理事	事務局長	グループ長	担当			
	支給額											
	支給内訳	法定					分娩年月日	平成	年	月	日	被扶養者届
		付加					認定年月日	昭和・平成	年	月	日	
	備考					資格取得日	昭和・平成	年	月	日		
					資格喪失日	平成	年	月	日			

被保険者 家族 出産育児一時金(付加金)請求書

注意事項

※この請求書は「直接支払制度」利用の方用ではありません。制度を利用した方は「直接支払制度利用者用」を使用下さい。

ア. 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」及び「直接支払制度を利用しない旨の合意文書」のいずれも写しを添付して下さい。
 イ. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄(請求書にある欄)に証明いただくか、もしくは、出生証明書か戸籍謄本(抄本)のいずれか本紙を添付して下さい。
 ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。
 エ. 海外で分娩した場合は委任状欄へ記載の上、『①他の保険者(健康保険)』には請求していない旨②当請求に関し、他の保険者に照会すること
 ③他の保険者の連絡先』を記載した文書を添付して下さい。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名と印	生年月日 昭和・平成 年 月 日	㊟
	被保険者の現住所	〒 TEL ()			
	事業所名(所属)	TEL ()			
	分娩年月日	平成 年 月 日	死産のときはその旨		
	家族の分娩であるときはその者の氏名	氏名	続柄		
	出生児の氏名	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか			ある ない
	被保険者が資格喪失後の分娩のとき.....現在加入している健康保険についてご記入ください 被扶養者(家族)が認定日より6ヶ月以内に分娩したとき.....分娩6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください				
	保険者名称(健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険		保険証記号・番号	—
	被扶養者(家族)の分娩で分娩前6ヶ月以内に会社で勤務していたときその勤務先	TEL ()			
	退職後の請求の場合本人名義の振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	金融機関番号	店舗番号
分娩年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠週日)		
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。 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					㊟
本籍			筆頭者氏名		
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					㊟
委任状	本請求により支給される出産育児一時金(家族出産育児一時金)等の受領に関することを下記の者に委任します。				平成 年 月 日提出
	所在地 事業所名称 事業主名称 委任者氏名		 受付日付印