

| | | | |
|--------|---------|---|---|
| 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 | | |
| 支給内訳 | 出産育児一時金 | 円 | |
| | 出産育児付加金 | 円 | |
| 標準報酬月額 | 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 家族 出産育児一時金 (付加金) 請求書

③ ② ① 出産育児一時金(付加金)の請求
 直接支払制度を利用しない場合の請求
 直接支払制度を利用し、その出産費用が出産育児一時金等の額を下回る場合の請求
 以上の請求は本請求書にて健保へご請求ください。なおご不明な点は健保窓口へお尋ねください。

| | | | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|---------------|-----------------|----------|
| (1) 被保険者証の番号 | 16-100 | (2) 事業所の名称 | 会社名 | (3) 被保険者の標準報酬月額 | 000000 円 |
| (4) 被保険者の氏名 | 音羽 一郎 | | (5) 被保険者の生年月日 | 00年 4月 1日 | |
| (6) 出産年月日 | 00年 11月 1日 | | (7) 死亡のときはその旨 | | |
| (8) 出産した場所 | 医療施設等の名称 | 〇〇〇〇総合病院 | | | |
| | 医療施設等の所在地 | 〒222-2222 〇〇県〇〇市〇〇町2 | | | |
| (9) 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日 | 音羽 花子 | | 00年 5月 1日 | | |
| (10) 出生児の氏名 | 音羽 五郎 | | (11) 出生児の生年月日 | 00年 11月 1日 | |
| (12) 出生児が被扶養者かどうか | 被扶養者で <u>ある</u> | (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 <u>受けていない</u> | | | | |
| (15) 振込先 | *被保険者本人の口座に限る *既に健保に口座登録の方は不要です ×× 銀行 〇〇 支店 (普通) No. △△△△△ | | | | |
| (16) 備考 | 上記のとおり申請します。 00年 00月 00日 住所 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-1 被保険者の氏名 音羽 一郎 (印) 音羽健康保険組合理事長 殿 | | | | |

| | | |
|--------------|--|--------------|
| (17) 委任状 | 私は 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 被保険者の住所 〒 氏名 (印) 代理人の住所 〒 氏名 (印) | |
| (18) 振込希望の銀行 | 銀行 | 支店 (普通 No.) |

| | | |
|----------|---|--|
| (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 音羽健康保険組合理事長 殿 住所 〒 受領者 氏名 (印) | |
|----------|---|--|

| | | | | | | |
|---|--|-----------|--------------|--------------------|--|------------|
| 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄 | (20) 出産年月日 | 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 (印) | | | | | |
| | (23) 本籍 | | | (24) 筆頭者氏名 | | |
| | (25) 出世届出日 | 年 月 日 | (26) 出生児氏名 | | | (27) 出生年月日 |
| 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) | | | | | | |

(記入上の注意)

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは、「家族」を○印で囲んでください。
2. (8)欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。)
3. (9)欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. (10)、(11)欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. (14)欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. (15)欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
7. (16)欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. (17)欄の「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)」の文字で不要なものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても(17)欄に受領委任した金額を記入してください。
10. (18)欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。
12. (19)欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- (21)欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。