

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
 ① 出産育児一時金（付加金）の請求
 ② 直接支払制度を利用しない場合の請求
 ③ 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 被 保 険 者 の 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	年 月 日
(6) 出 産 年 月 日	年 月 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				
	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	(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 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 支店（普通）No.				
(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 ⑩ 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 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 ⑩ 代理人の 住所〒 氏名 ⑩				
(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 ⑩				
------------------	--	--	--	--	--

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 ⑩					
	(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	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 ⑩						

(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。