

伺年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日
支給額	円			
支給法	定	円		
内訳	付	加	円	
標準報酬月額	千円(第 等級)			

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	係
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	令和	年	月 日

被保険者 家族 出産育児一時金 (付加金) 請求書

被 保 険 者  (申 請 者)  が  記 入 す る と こ ろ	①被保険者証 の記号・番号					②事業所 の名称									
	③被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)				④被保険者の生年月日									
						昭和 年 月 日 平成									
	⑤被保険者 (申請者)の 住所	郵便番号		(フリガナ)		電話番号 ( )									
				-			都 道 府 県								
	⑥出産年月日	令和	年	月	日	⑦出産児数	⑧死産児数	⑨死産のときはその旨と妊娠経過期間							
						人	人	(妊娠 ヶ月・ 週)							
	⑩出生児の氏名	(フリガナ)				備 考									
	⑪被保険者 (本人)が 出産した場合 (資格喪失者のみ)	当健保組合資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について				健保等の名称				被保険者氏名		記号・番号			
	⑫被扶養者 (家族)が 出産した場合	氏 (フリガナ)				続 柄	生年月日								
		名					昭和 年 月 日 平成								
		当健保組合加入6ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険について				健保等の名称				本人・家族の別		記号・番号		加入時の氏名	
						本人・家族									
	⑬振込希望口座 (資格喪失者のみ)	銀行 店・本店 金庫 支店・出張所				預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号			口座 名義	(カタカナで記入)			
	上記のとおり申請します。				令和 年 月 日										
	大平洋金属健康保険組合理事長 殿														

⑭委 任 状	本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。													
	被保険者 住所 〒 令和 年 月 日 (申請者) 氏名													
	代理人 住所 〒 氏名				電話番号 ( )									

⑮証 明 す る と こ ろ	⑮医師・ 助産 師が	出産した年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月第 週)									
		出産児の数	単胎・多胎( 児)		備考									
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日												
	医療機関等の 医師・助産師名 所在地・名称													
	電話番号 ( )													

⑯証 明 す る と こ ろ	⑯市 区 町 村 長 が	本 籍			筆頭者氏名									
		出生年月日	令和 年 月 日	出生児氏名										
		上記のとおり相違ないことを証明する。				出生届出日	令和 年 月 日							
	市区町村長名													
	電話番号 ( )													

(注意事項)

※この請求書には、次の書類を添付してください。

・直接支払制度を利用された方……「出産費用の内訳のわかる領収・明細書の写し」

・直接支払制度を利用されなかった方……「直接支払制度合意文書の写し」と「出産費用の内訳のわかる領収・明細書の写し」

※⑮、⑯欄については、直接支払制度を活用しない場合、必ずいずれかの証明を受けてください。

※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、①「被保険者証の記号・番号」欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。)

受付年月日