

同年月日	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			
	⑤被保険者(申請者)の住所	郵便番号	(フリガナ)			昭和	年	月 日
	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	
	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ヶ月以内に出生した場合、出生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	氏名(フリガナ)			続	柄	生年月日	
		当健保組合加入6ヶ月以内に出生した場合、以前加入していた健康保険について			昭和	年	月 日	
		健保等の名称	本人・家族の別	記号・番号		加入時の氏名		
	⑬振込希望口座(資格喪失者のみ)	預金種別	1. 普通	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							
	大太平洋金属健康保険組合理事長 殿							
委 任 状	⑭ 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(申請者)の住所	〒			令和 年 月 日			
	代理人の住所	〒			電話番号 ( )			
証 明 す る 助 産 師 が	⑮ 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
	医療機関等の所在地・名称			医師・助産師名				
	電話番号 ( )							
証 明 す る 市 区 町 村 長 が	⑯ 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」

※⑩欄については、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

※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。

受付年月日