

【記入例】

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

※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は、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。

被 保 険 者 の 申 請 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者証の記号・番号	99-1234			②事業所の名称	〇〇〇株式会社		
	③被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ) 大平 太郎			④被保険者の生年月日	昭和 〇〇年 5 月 5 日 平成		
	⑤被保険者(申請者)の住所	郵便番号 (フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇市〇〇町 12-3 1 2 3 - 4 5 6 7 〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町 12-3 電話番号 000 (0000) 0000			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 (妊娠 ヶ月・ 週)	
	⑥出産年月日	令和 〇年 10 月 3 1 日			1 人	人		
	⑩出生児の氏名	(フリガナ) タイヘイ イチロウ 大平 一郎			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) タイヘイ ハナコ 大平 花子			続柄	生年月日	昭和 〇〇年 3 月 3 日 平成	
	⑬振込希望口座(資格喪失者のみ)	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			健保等の名称	本人・家族の別	記号・番号	加入時の氏名
	⑭委任状	〇〇健康保険組合			本人・家族	111-1111	健保 花子	
	⑮証明する助産師	銀行 店・本店 金庫 支店・出張所			預金種別	1. 普通 口座 2. 当座 番号	口座名義	(カタカナで記入)
⑯証明する市区町村長	上記のとおり申請します。 令和 〇年 11 月 5 日 大平洋金属健康保険組合理事長 殿							
本籍	本 籍			筆頭者氏名				
出生年月日	令和 年 月 日			出生児氏名				
出生届出日	令和 年 月 日			出生届出日	令和 年 月 日			
市区町村長名	市区町村長名			電話番号	()			

直接支払制度を利用「しない」場合は、こちらの欄に医師等の照明を受けてください。⑮又は

受付年月日