

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

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)

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  と  こ  ろ	①被保険者等 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	平成	年	月 日	
	⑦出生児の氏名	(フリガナ)			備			
	⑧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						
	⑨被扶養者 (家族)が 出産した場合	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						
	⑩振込希望口座 (資格喪失者のみ)	銀行	店・本店		口座	(カタカナで記入)		
		種別	1. 普通	口座	口座			
			2. 当座	番号	名義			
		上記のとおり申請します。						
		令和 年 月 日						

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。			令和	年	月	日
		被保険者 (申請者)	住所	氏名				
		代理人	住所	氏名				
					電話番号 ( )			

証 明 す る と こ ろ	⑮	医師・助産師が	出生した年月日	令和	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠	ヶ月第	週)		
			出生児の数	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
		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 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  
※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。  
※被保険者等記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、①被保険者等記号・番号欄へ記載してください。

受付年月日

(2024.12)