

【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

(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、死産・流産・人工妊娠中絶の場合、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。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------|-------|----|---|-------------|--------------------|------------|-------------------|--|--------|--|
| 被 保 険 者 の 申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ | ①被保険者等 記号・番号 | 99-1234 | | | | | ②事業所 の名称 | 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) | | | | | 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 | | | |
| | ⑥出産年月日 | 令和 〇年 10月 31日 | | | | | 1人 | 人 | (妊娠 ヶ月・ 週) | | | | |
| | ⑩出生児の氏名 | (フリガナ) タイヘイ イチロウ | | | | | 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) タイヘイ ハナコ | | | | | 続 柄 | 生年月日 | | | | | |
| | ⑬振込希望口座 (資格喪失者のみ) | 大平 花子 | | | | | 妻 | 昭和 〇〇年 3月 3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 | |
| | | 〇〇健康保険組合 | | | | | 本人・家族 | 111-1111 | | 健保 花子 | | | |
| | 銀行 店・本店 金庫 支店・出張所 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 〇年 11月 5日 大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。 令和 〇年11月 5日 被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町12-3 (申請者) 氏名 大平 太郎 〒123-4567 | | | | | 代理人 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇345 氏名 〇〇〇株式会社 代表取締役 健康 一 電話番号 000 (0000) 0000 〒890-1234 | | | | | | | |
| 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 | 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。 | | | | | | | | | | | |
| | 医療機関等の所在地・名称 | 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。 | | | | | | | | | | | |
| | 市区町村長名 | 出生届出日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | 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