

【記入例】

同年月日	平成	年	月	日
決裁年月日	平成	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	平成	年	月 日
資格喪失	平成	年	月 日
支払年月日	平成	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	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) タイハイ タロウ			④被保険者の生年月日					
		大平 太郎			昭和	〇〇	年	5 月 5 日		
	⑤被保険者(申請者)の住所	郵便番号 (フリガナ)			電話番号					
		1	2	3	4	5	6	7	〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町 12-3	123 (4567) 8910
	⑥出産年月日	平成 〇〇 年 10 月 31 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			
					1 人		(妊娠 〇 月 〇 週)			
	⑩出生児の氏名	(フリガナ) タイハイ イチロウ			備考					
		大平 一郎								
	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	氏名 (フリガナ) タイハイ ハナコ		続柄		生年月日					
	大平 花子		妻		昭和 〇〇 年 3 月 3 日					
	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 〇〇支部		本人 家族		111-1111		健保 花子			
⑬振込希望口座(資格喪失者のみ)	銀行 店・本店		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)				
		2. 当座								
	上記のとおり申請します。									
	平成 〇〇 年 11 月 5 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。	平成〇〇年11月 5日
	被保険者(申請者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町12-3 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 〇〇株式会社 代表取締役 健康 一	〒 890-1234 電話番号 789 (123) 5678

証 明 す る と こ ろ	⑮ 医師・助産師が	出産した年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠) 〇 日 〇 週
		出産児の数	単胎・多胎(〇 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	医師・助産師名			印
		電話番号 ()			

証 明 す る と こ ろ	⑯ 本 籍	筆頭者氏名			
	市区町村長が	出生年月日	平成 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 平成 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。)

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証明を受けて下さい。

受付年月日