

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給内訳	出産育児一時金	円	
	出産育児付加金	円	
標準報酬月額	円(第 級)		

支給支払決議書			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

被保険者 家族 出産育児一時金(付加金)請求書

① 被保険者証の 記号・番号	② 事業所の名称	③ 被保険者の 標準報酬月額	円
④ 被保険者の 氏名	⑤ 被保険者の 生年月日	年	月 日
⑥ 出産年月日	年	月	日
⑧ 出産した場所	医療施設等 の名称		
	医療施設等 の所在地	〒	
⑨ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日		年	月 日
⑩ 出生児の氏名	⑪ 出生児の 生年月日	年	月 日
⑫ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある ない	⑬ 出生児が被扶養者 でないときはその理由	
⑭ 他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている	受けていない	
⑮ 振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店(普通 当座)	郵便局
⑯ 備考			

上記のとおり申請します。
 年 月 日
 被保険者の住所 〒
 氏名
 健康保険組合理事長 殿 印

⑰ 委任状
 私は 年 月 日 請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・ 出産育児付加金(家族出産育児付加金)のうち 金 円也の受領に関すること。
 年 月 日
 被保険者の住所 〒
 氏名 印
 代理人の住所 〒
 氏名 印

⑱ 振込希望の銀行又は郵便局名 銀行 支店(普通当座) 郵便局

⑲ 領収書
 金 円也但し
 うえの金額を領収いたしました。
 年 月 日
 健康保険組合理事長 殿
 受領者 住所 〒
 氏名 印

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 出産年月日	年	月	日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	㉒ 出生児の数	単胎・多胎(児)					
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 印						
	㉓ 本籍					㉔ 筆頭者氏名	
	㉕ 出生届出日	年	月	日	㉖ 出生児氏名	㉗ 出生年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 印							