

受付年月日	年 月 日
伺年月日	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 出産育児一時金（付加金）請求書
配偶者

① 被保険者の番号	00-00000	② 事業所の名称	〇〇株式会社	③ 被保険者の標準報酬額	000千円
④ 被保険者の氏名	健保 太郎	⑤ 被保険者の生年月日			00年 00月 00日
⑥ 出産年月日	00年 00月 00日	⑦ 死亡のときはその旨			
⑧ 分娩した場所	医療施設等の名称	〇〇産婦人科			
	医療施設等の所在地	〒 999-9999 〇〇県〇〇市△△町2-1			
⑨ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日					年 月 日
⑩ 出生児の氏名	健保 花子	⑪ 出生児の生年月日			00年 00月 00日
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <u>ある</u>	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		<u>受けていない</u>		
⑮ 振込希望の銀行	〇〇銀行 〇〇支店	(普通当座 〇〇〇〇〇〇)			
⑯ 備考					
上記のとおり申請します。 00年 00月 00日 円 000 - 0000 住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1 被保険者の氏名 健保 太郎 印 ニチバン健康保険組合理事長 殿					

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	のうちの	日請求した出産育児一時金（配偶者出産育児一時金）・出産育児付加金（配偶者出産育児付加金）円也の受領に関すること
	年 月 日	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	銀行 支店	(普通当座)

医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄	出産年月日	年 月 日	⑳ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〇〇県〇〇市△△町2-1 医師・助産婦名 〇〇産婦人科 印			
	本籍		筆頭者氏名	
	出生届出日	00年 00月 00日	出生児氏名 健保 花子	出生年月日 00年 00月 00日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 区市町村長名 年 月 日 印			

〔記入上の方法〕

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、配偶者が分娩したときは「配偶者」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑨欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪の欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、配偶者出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが、間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「出産育児一時金(配偶者出産育児一時金)・出産育児付加金(配偶者出産育児付加金)」の文字で不要のものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産婦の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

II. 医師、助産婦又は市区町村長への注意事項

- ⑳欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。