

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 被記号・番号		② 事業所の名称		③ 被保険者の 標準報酬額	円
④ 被保険者の 氏名		⑤ 被保険者の 生年月日			年 月 日
⑥ 分娩年月日		年 月 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				
	医療施設等 の所在地	〒			
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		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	銀行	支店	(普通 当座)		
⑯ 備考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 ー 住所 被保険者の 氏名 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。			
	のうち金	年 月 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		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 医師・助産婦名 印					
	本籍		筆頭者氏名			
	出生届出日	年 月 日	出生児 氏名		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。 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。