


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 出産育児一時金付加金 円
標準報酬額	円(第 級)

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
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

被保険者証の 記号・番号	0000-000	事業所の名称	株式会社	被保険者の 標準報酬額	円
被保険者の 氏名	健保 愛子		被保険者の 生年月日	年 5月 1日	
分娩年月日	年 月 日		死亡のとき はその旨		
分娩した場所	医療施設等 の名称	病院			
	医療施設等 の所在地	〒222-2222 県 市 町2			
被扶養者の分娩である ときはその氏名・生年月日			年 月 日		
出生児の氏名	健保 一郎		出生児の 生年月日	年 6月 1日	
出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由		
他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている		<input checked="" type="radio"/> 受けていない		
振込希望の銀行	銀行	支店	(<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座)	0000000	
備考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の 住所〒000-0000 県 市 町1-1 氏名 健保 愛子 					
東り健康保険組合理事長 殿					

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	分娩年月日	年 月 日	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・助産師名 印					
	本 籍			21 筆頭者氏名		
	22 出生届出日	年 月 日	23 出生児 氏名		24 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〕

・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、家族が分娩したときは「家族」を 印で囲んでください。
2. 欄の分娩した場所は、分娩した病院、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、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。）
3. 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. 、 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. 欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族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. 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. 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、 時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. 医師又は助産師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。

・医師、助産師又は市区町村長への注意事項

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