家族分	伺年月日	平成　年　月　日	常務理事	事務長	会計	扱者	被扶養者台帳照合印
	支払年月日	平成　年　月　日					
	支払額	拾万　万　千　百　拾　円					

※支給決議書

支払決定の額			数	項	目	拾万	万	千	百	拾	円
法定	出産育児										
付加	出産育児										
分べんの　日	平成　年　月　日										

摘要			
資格	得	年　月　日	
	喪	年　月　日	
決定標準報酬月額		千円	
備考			

健康保険　被保険者 家族

出産育児一時金・付加金請求書

平成○○年○○月○○日請求

被保険者が記入するところ					
(1) 被保険者証の記号と番号	０００ 第　００００　号	(2) 被保険者(請求者)の氏名と印	健保　愛子	(3) 健保	
(4) 被保険者の現住所	〒０００－００００ ○○県○○市○○町１－１				
(5) 事業所の名称	○○○○株式会社				
(6) 分べんした年月日	平成　○○年　○○月　○○日	(7) 死産のときはその旨		(8) 妊娠経過期間	○ヶ月 ○　週
(9) 入院して分べんしたときは、その病・産院の	(ア) 名称	○○○○病院			
	(イ) 所在地	○○県○○市○○町２			
(10) 家族が分べんしたための請求であるときはその者の	(ア) 氏名		(イ) 生年月日	昭和　年　月　日生	
(11) 出生児の氏名	健保　一郎	(12) 被保険者と出生児の関係	長男	(13) 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない
(14) 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	夫の健康保険組合の被扶養者になるため。	(15) 備考			

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ				
(16) 分べんした年月日	平成　年　月　日	(17) 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠　ヵ月)	
(18) 分べんに関し健康保険で入院の有無	有　・　無			
(19) 出生児の数	単　胎・多　胎（　　児）	(20) 備考		
(21) 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成　年　月　日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名				(22) 印

支払金融機関の欄			
支払区分	※ 1：振込 2：銀行送金 3：郵便局送金 4：当地払い	預金種別	※ 1：普通 2：当座 3：通知 4：別段
金融機関コード	※		○○ 銀行 金庫 農協　○○ 本店 支店
口座番号	０００００００	口座名義	健保　愛子
			郵便局

委任状	
私は　　を代理人と定め、平成　年　月　日に請求した出産育児一時金及び同付加金、金　　円也の受領方を委任します。	平成　年　月　日
本人	住所 氏名　㊞
代理人	住所 氏名　㊞

領収書	
金　　円也領収いたしました。	平成　年　月　日
健康保険組合理事長殿	
氏名　㊞	

※受付日付印

事業所担当者印

(注意事項)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別および(13)(17)ならびに(19)の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
2. (1)欄は、健康保険の被保険者証をみればわかります。
3. 生産または早産の場合は(7)欄に、入院しないで分べんした場合は(9)の(7)と(イ)の欄に、女子被保険者が分べんしたための請求がある場合は、(10)の欄に、(13)欄の「ある」を丸でかこんだ場合は(14)欄にそれぞれ「該当せず」と記載してください。
4. (3)欄と(22)欄の印はハッキリ押して下さい。また、(1)から(15)までの訂正箇所には(3)欄と同じ印を押し、(16)から(21)までの訂正箇所には(22)欄と同じ印を押してもらって下さい。
5. (15)欄は、被保険者資格喪失後の分べんであるときは、その資格喪失年月日を、また、生産であったが間もなく死亡したときは、「出生児は、○○時間生存して死亡」（このことは(20)欄にも書いても らうこと。）等と記載して下さい。
6. (12)欄の「死産」の文字が丸でかこまれている場合、妊娠何ヵ月の死産であるかを、かっこ内に書き入れてもらって下さい。
7. (18)欄は分べんに関し入院した場合において、その入院が健康保険の療養の給付扱いであったか否かの別を記入して下さい。なお「有」に該当する場合は、その入院の期間を記入して下さい。また(18)欄は申請が家族に関するときおよび市区町村長が証明するときは記載の必要がありません。
8. 給付金の受領方を他人に委任する場合、および給付金を直接受領する見込みのある場合はそれぞれ該当の欄に記入押印して提出して下さい。
9. 法定給付と付加給付を別々に扱っているところは、不要の文字を抹消して下さい。
10. ※印の欄は記入しないで下さい。

日本法令　健組22　8・5・改②