



同年月日	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	年	月	日							
支払額	拾万	万	千	百	拾	円				
※支払決定の額	法定	出産育児	数	項目	拾万	万	千	百	拾	円
	付加	出産育児								
	分べんの	日	年	月	日					
※支払決定の額	資格	得	年	月	日	摘要	備考	決定標準報酬月額	千円	
		喪	年	月	日					

(注意事項)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別および(13)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(ア)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」と記載して下さい。
4. (3)欄と(2)欄の印はハッキリ押しして下さい。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(2)欄と同じ印を押して下さい。
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、〇〇時間生存して死亡」(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」の文字が丸でかまれている場合、妊娠何カ月の死産であるかを、かつ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、(9)に該当する場合は、その入院の期間を記入して下さい。
8. 給付金の受領方を他人に委任する場合は、お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。また(18)欄は申請が家族に委任するときはお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。それぞれ該当の欄に記入押印して提出して下さい。
9. 給付金の受領方を他人に委任する場合、お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。

健康保険 被保険者 家族 **出産育児一時金・付加金請求書** 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	第 号	(2) 被保険者(請求者)の氏名				
	(4) 被保険者の現住所	〒 方					
	(5) 事業所の名称						
	(6) 分べんした年月日	年	月	日	(7) 死産のときはその旨	(8) 妊娠経過期間	ヶ月
(9) 入院して分べんしたときは、その病・産院の	(ア) 名称						
	(イ) 所在地						
(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	年	月	日生		
(11) 出生児の氏名	(12) 被保険者と出生児の関係	(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	(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	年	月	日	(17) 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 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。	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

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	銀行 金庫 農協	本店 支店
	金融機関コード				口座名義	
	口座番号					郵便局

委任状	私は 加金、金 を代理人と定め、 年 月 日に請求した出産育児一時金及び同付 円也の受領方を委任します。 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。 年 月 日 ※ 受付日付印
	健康保険組合理事長殿 氏名 (印)