

受付年月日	年	月	日
同年月日	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	
標準報酬月額	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 家族 出産育児一時金 (付加金) 請求書

① 被保険者証の 記号・番号	0-000	② 事業所の名称	社会医療法人 雪の聖母会	③ 被保険者の 標準報酬月額	360千円
④ 被保険者の 氏名	健保 花子	⑤ 被保険者の 生年月日	H4年12月1日		
⑥ 出産年月日	R2年4月1日	⑦ 死亡のとき はその旨			
⑧ 出産した場所	医療施設等の 名称 医療施設等の 所在地	〇〇産婦人科 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇			
⑨ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日				年	月 日
⑩ 出生児の氏名	健保 一郎	⑪ 出生児の 生年月日	R2年4月1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	夫の扶養のため		
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 又は郵便局名	〇〇 銀行 〇〇 支店 (普通 当座 〇〇〇〇〇〇)				郵便局
⑯ 備考					

上記のとおり申請します。

〇年 〇月 〇日

健康保険組合理事長 殿

被保険者の
住所
氏名

〒〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇市〇〇町〇〇 12-34

健保 花子

印

⑰ 委任状	私は 年 月 日 を代理人と定め、次の権限を委任する。 請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金) ・ 出産育児付 加金 (家族出産育児付加金) のうち 金 円也の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名	印 印
⑱ 振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店 (普通 当座)	郵便局

⑲ 領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名	印
-------	---	---

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 出産年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	㉒ 出生児の数	単胎・多胎 (児)		
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名			
	㉓ 本籍		㉔ 筆頭者氏名	
	㉕ 出生届出日	年 月 日	㉖ 出生児 氏名	㉗ 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。 年 月 日 市区町村長名				