

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 愛の聖母会	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	⑦ 死亡のとき はその旨	
⑥ 出産年月日	R2年4月1日	⑧ 出産した場所 医療施設等の 名称	〇〇産婦人科	⑨ 被扶養者の 氏名・生年月日	
		医療施設等の 所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇〇	⑩ 出生児の 氏名	健保一郎
⑪ 出生児の 氏名	健保一郎	⑫ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	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 受けるかどうか	受けている	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)	⑯ 備考	

上記のとおり申請します。
 〇年 〇月 〇日
 被保険者の住所 〒000-0000
 〇〇市〇〇町〇〇 12-34
 健康保険組合理事長 殿 健保花子 (印)

⑰ 委任状
 私は 〇年 〇月 〇日 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 〇円也の受領に関する事。
 被保険者の住所 〒 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地 氏名 健保花子 (印)
 代理人の住所 〒 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地 氏名 健保太郎 (印)

⑱ 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) 郵便局

⑲ 領収書
 金 〇円也但し
 〇〇〇〇〇の金額を領収いたしました。
 〇年 〇月 〇日
 健康保険組合理事長 殿
 受領者 住所 〒 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地 氏名 健保花子 (印)

⑲ 領収書	金 〇円也但し 〇〇〇〇〇の金額を領収いたしました。 〇年 〇月 〇日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地 氏名 健保花子 (印)		
⑳ 出産年月日	R2年4月1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)	㉓ 筆頭者氏名	健保太郎
㉔ 本籍	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地	㉕ 出生届出日	2年〇月〇日
㉖ 出生児氏名	健保一郎	㉗ 出生年月日	2年4月1日

①か② どちらか片方から証明をもらう

① 上記のとおり相違ないことを証する。
 〇年 〇月 〇日
 医療施設の名称・所在地 〒000-0000
 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇産婦人科
 医師・助産師名 〇〇〇〇 (印)

② 上記のとおり相違ないことを証明する。
 〇年 〇月 〇日
 市区町村長名 〇〇市長 (公印)