

※支給決議書	支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	担当	
	支給額					
	支給内訳	法定		分娩年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被扶養者届
		付加		認定年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	備考			資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	
			資格喪失日	昭和・平成・令和 年 月 日		

被保険者 家族 出産育児一時金(付加金)請求書

注意事項

※この請求書は「直接支払制度」利用の方用ではありません。制度を利用した方は「直接支払制度利用者用」を使用下さい。

エ. 海外で分娩した場合の保険者の連絡先」を記載した文書を添付して下さい。  
ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。  
イ. 紙を添付して下さい。  
ア. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄(請求書にある欄)に証明いただき、出生証明書か戸籍謄本(抄本)のいずれか本  
ア. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書)及び「直接支払制度を利用しない旨の合意文書」のいずれも写しを添付して下さい  
イ. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄(請求書にある欄)に証明いただき、出生証明書か戸籍謄本(抄本)のいずれか本  
ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。  
エ. 海外で分娩した場合の保険者の連絡先」を記載した文書を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号	記号 # 12345 番号 12345	被保険者の氏名	日航 太郎 生年月日 昭和 58 年 7 月 10 日		
被保険者の現住所	〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3		TEL 03 ( 1234 ) 1111		
事業所名(所属)	株式会社 JALOO (△△部)		TEL 03 ( 5678 ) 9999		
分娩年月日	平成 令和 3 年 7 月 3 日	死産のときはその旨			
家族の分娩であるときはその者の氏名	日航 花子	続柄	妻		
出生児の氏名	日航 桃子		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある ない	
被保険者が資格喪失後の分娩のとき.....現在加入している健康保険についてご記入ください 被扶養者(家族)が認定日より6ヶ月以内に分娩したとき.....分娩6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください					
保険者名称(健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険	保険証記号・番号	-		
被扶養者(家族)の分娩で分娩前6ヶ月以内に会社で勤務していたときその勤務先	TEL ( )				
退職後の請求の場合本人名義の振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店支店出張所	金融機関番号	店舗番号	口座番号
分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠週日)		
出生児の数	単胎・多胎(児)	備考			
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 印					
本籍	筆頭者氏名				
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名			
出生年月日	令和 年 月 日	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印			
本請求により支給される出産育児一時金(家族出産育児一時金)等の受領に関することを下記の者に委任します。		令和 年 月 日提出			
所在地 事業所名称 事業主名称	事業主証明印を、事業所健保窓口にて、ご記入いただき下さい。		交付日付印		
委任者氏名	被保険者の署名が必要です。		特例退職(保険証の記号30)及び、任意継続(保険証の記号19)の方は記入不要。		

該当する方は記入して下さい  
いずれかの証明をもらってください