

※支給決議書	支給年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務局長	リーダー	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. 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）に証明いただくか、もしくは、出生証明書か戸籍謄本（抄本）のいずれか本紙を添付して下さい。
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。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日				
	被保険者の現住所	〒 TEL ()										
	事業所名(所属)	TEL ()										
	分娩年月日	平成 令和	年	月	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						続柄				
	出生児の氏名							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ヶ月以内に会社に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												
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。 市区町村長名 ㊟												
委任状	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 ----- 委任者氏名								受付日付印			