

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
標準報酬額	円(第 級)

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
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	123-1000	② 事業所の名称	株式会社〇〇〇 〇〇支店	③ 被保険者の 標準報酬額	円
④ 被保険者の 氏名	健康 太郎	⑤ 被保険者の 生年月日	昭和 ×× 年 5月 5日		
⑥ 出産年月日	平成 ×× 年 12月 11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	〇〇〇産婦人科病院			
	医療施設等 の所在地	〒123-5678 〇〇県〇〇市〇〇3-5			
⑨ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日	健康 華子			昭和 ×× 年 3月 3日	
⑩ 出生児の氏名	健康 大地	⑪ 出生児の 生年月日		平成 ×× 年 12月 11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			
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	〇〇銀行	▽▽支店	(普通 当座)	1234567	
⑯ 備考					
上記のとおり申請します。 平成 ×× 年 ××月 ××日 被保険者の 住所〒123-1234 〇〇県〇〇市〇〇町 123 氏名 健康 太郎 印 J-オイルミルズ健康保険組合理事長 殿					

⑰ 委任状	私は 年 月 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 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 印 代理人の 住所〒 氏名 印
	⑱ 振込希望の銀行 銀行 支店 (普通当座)

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑲ 出産年月日	平成 ×× 年 12月 11日	⑳ 生産・死産の別	生 産・死 産 (妊娠第 月又は第 週)
	㉑ 出生児の数	単胎・多胎(児)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 ×× 年 12月 25日 医療施設の名称・所在地 〒123-5678 〇〇県〇〇市〇〇3-5 医師・助産師名 〇〇〇産婦人科病院 □□ □ 印			
	㉒ 本籍		筆頭者氏名	
	㉓ 出生届出日	年 月 日	㉔ 出生児氏名	㉕ 出生年月日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 区市町村長名 印				

〔記入上の方法〕

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。（なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。）
3. ⑨欄は、被保険者（本人）の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪の欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが、間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「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）」の文字で不要のものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。
12. お支払いは事業主経由で行ないます。同意されない方がいらっしゃいましたら、当健保までお申出ください。（任継除く）

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- ⑳欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。