

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日
支給額	円
標準報酬月額	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

## 出産育児一時金請求書

① 被保険者証の記号・番号	1011-2568	② 事業所の名称	〇〇〇〇株式会社	③ 被保険者の標準報酬月額	410,000 円
④ 被保険者の氏名	健保 太郎		⑤ 被保険者の生年月日	昭和50年 6月 8日	
⑥ 分娩年月日	令和元年 5月 10日		⑦ 死亡のときはその旨		
⑧ 分娩した場所	医療施設等の名称	〇〇産婦人科			
	医療施設等の所在地	〒103-1111 東京都 〇〇区〇町 4-7-7			
⑨ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	健保 花子		昭和60年 10月 24日		
⑩ 出生児の氏名	健保 一郎		⑪ 出生児の生年月日	令和元年 5月 10日	
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 受けていない <input checked="" type="checkbox"/>				
⑮ 振込希望の銀行	銀行 支店 ( 普通当座 )				
⑯ 備考					
上記のとおり申請します。 令和元年 5月 15日 〒000-0000 健康保険組合理事長殿 被保険者の住所 東京都 〇〇区〇町4-5-20 氏名 健保 太郎					

健保  
印

委任状	⑰ 私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	金	年 月 日	請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)のうち		
	円也の受領に関すること。	年 月 日			
	被保険者の	住所 〒 -			
	氏名				
	代理人の	住所 〒 -			
	氏名				

⑱ 振込希望の銀行	銀行 支店 ( 普通当座 )
-----------	----------------

領収書	⑲ 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	住所 〒 -	
	受領者 氏名		

医師・助産師による証明	⑳ 分娩年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産
	㉒ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )		(妊娠第 月又は第 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 住所 〒 - 医師・助産師名 氏名			

に市区町村証明長	㉓ 本籍	㉔ 筆頭者氏名	
	㉕ 出生届出日	年 月 日	㉖ 出生児氏名
	上記のとおり相違ないことを証明する。		㉗ 出生日
市区町村長名			