

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 内 給 訳	出 産 育 児 一 時 金 円
	出 産 育 児 一 時 金 付 加 金 円

支 給 支 払 決 議 書			
常 務 理 事	事 務 長	課 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 等 内 払 金 支 払 依 頼 書

① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	〇〇〇-〇〇〇〇	② 事 業 所 の 名 称	〇〇〇〇〇〇
③ 被 保 険 者 の 氏 名	健保 太郎	④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑤ 出 産 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	⑦ 死 亡 の と き は そ の 旨	該 当 せ ず
⑦ 出 産 し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称	〇〇〇〇病院	
	医 療 施 設 等 の 所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町2	
⑧ 被 扶 養 者 の 出 産 で あ る と き は そ の 氏 名 ・ 生 年 月 日	健保 花子	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
⑨ 出 生 児 の 氏 名	健保 愛子	⑩ 出 生 児 の 生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑪ 出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か	被 扶 養 者 で ある ない	⑫ 出 生 児 が 被 扶 養 者 で ない と き は そ の 理 由	該 当 せ ず
⑬ 振 込 希 望 の 銀 行	〇〇 銀 行 〇〇 支 店	(普通 当 座 〇〇〇〇〇〇)	
⑭ 備 考			
上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〒〇〇〇-〇〇〇〇 被 保 険 者 の 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 氏 名 健保 太郎			
健康保険組合理事長 殿			

〔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. ⑦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. ⑧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. ⑨、⑩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. ⑬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。
6. ⑭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。
7. 領収書の写しを添付してください。

