

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給決定伺

決裁日付印	伺年月日	年	月	日	常務理事	事務長	課長	係
支給決定額								
十 万 千 百 十 円					資格取得	年	月	日
					資格喪失	年	月	日

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

◎ 記入するときは、うらの注意事項を読んで下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号	② 被保険者 (請求者) の氏名と印		(フリガナ)		印					
	③ 被保険者(請求者)の住所	郵便番号	(フリガナ)		電話番号	( )					
	④ 事業所の名称										
	⑤ 被扶養者が分娩した ための請求である ときは、その者の 氏名	⑥ 生年月日		令和	年	月	日生				
	⑦ 分娩した 年月日	令和	年	月	日	⑧ 生産児数	⑨ 死産児数	⑩ 死産の ときは その旨	⑪ 妊娠 経過期間	カ月 週	
	⑫ 入院して分娩 したときは、 その病産院の 名称	所在地									
	⑬ 出生児の氏名	続柄	⑭ 出生児が被扶 養者かどうか		被扶養者で ある ない						
	⑮ 出生児が被扶養者 でないときは	有 夫 無	夫の氏名 勤務先の 名称 所在地		健康保 険	記号	番号				
	⑯ 上記⑮の 保険者の	名称	所在地								
	医 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	分娩した 年月日	令和	年	月	日	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 カ月 週)			
		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・助産婦名 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
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 印										
	受 取 代 理 人 を 委 任 す る と こ ろ	⑰ 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (請求者)									
⑱ 代理人の 氏名と印		(フリガナ)		氏名 印							
⑲ 代理人の 住所		郵便番号	(フリガナ)								
⑳ (フリガナ)		(フリガナ)		口座番号							
銀行 本店			信用金庫 普通・当座		口座名義人 氏名						

※ いずれか一方の証明を受けて下さい。

年 月 日提出

受付日付印

(あなた又は受任者の銀行口座を必ず記入してください)

## 〔記入上の注意〕

1. 本請求書は、被保険者・被扶養者何れにも使用できます。
2. 被保険者又は被保険者であった者が請求するときは、⑤と⑥の欄に斜線を引いて下さい。
3. 死産の場合は、「妊娠〇カ月、又は妊娠〇〇週」と、担当医に記入をお願いして下さい。
4. 給付金の受領を第三者に委任するときは、「受取代理人」の欄に必要な事項を記入して下さい。  
尚、この場合の印（⑱欄）は被保険者と異なる印を押して下さい。
5. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
6. 字句を訂正するときは、誤った字句を二本線で抹消して、氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入して下さい。
7. この申請書を提出する時は、出産した医療機関等で発行された領収書の（写）を添付して下さい。

家族出産育児一時金を請求する場合で、妻が健康保険の被扶養者に認定されて、6カ月以内の時は下欄に妻の前職歴について記入してください。

妻の前職歴	有・無				
		有の場合	事業所名		
		所在地			
		入社年月日	年	月	日
		退社年月日	年	月	日
		健康保険の 記号番号			