

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱	者	被扶養者 台帳照合印			
支払年月日	平成	年	月	日									
支払額		拾万	万	千	百	拾	円						
※ 支給 決議 書	支給決定の額		拾万	万	千	百	拾	円	適 格	得	年	月	日
	法定	産	育	児						喪	年	月	日
	付加	産	育	児						決定標準報酬月額			千円
	分べんの	日	平成	年	月	日				備 考			

(注意事項)

- 1、 標題の「被保険者」と「家族」の別および⑩⑪ならびに⑬の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- 2、 ①欄は、健康保険の被保険者証をみればわかります。
- 3、 生産または早産の場合は⑨欄に、入院しないで分べんした場合は⑩の欄に、女子被保険者が分べんしたための請求がある場合は⑪の欄に、「ある」を丸でかこんだ場合は⑫欄にそれぞれ「該当せず」と記載してください。
- 4、 訂正箇所には各記入者と同じ印を押してもらってください。
- 5、 ⑬欄は、被保険者資格喪失後の分べんであるときは、その資格喪失年月日を、また、生産でもあったが間もなく死亡したときは、「出生児は、〇〇時間生存して死亡」等と記載してください。
- 6、 ⑭欄の「死亡」の文字が丸でかまれている場合、妊娠何カ月の死産であるかを、かつこの内書きを入れてもらってください。
- 7、 給付金の受領方を他人に委任する場合、および給付金を直接受領する見込みのある場合はそれぞれ該当の欄に記入押印して提出してください。
- 8、 法定給付と付加給付を別々に扱っているところは、不要の文字を抹消してください。
- 9、 8、 ※印の欄は記入しないでください。

被保険者 家族 出産育児一時金請求書

平成 年 月 日 請求

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	※	② (フリガナ) 被保険者(請求者)の氏名と印	③	④			
	④ 被保険者の現住所	〒						
	⑤ 事業所の名称							
	⑥ 分べんした年月日	平成	年	月	日	⑦ 死産のときはその旨	⑧ 妊娠経過期間	ヶ月
が 医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長	⑨ 入院して分べんしたときは、その病・産院の(ア)名称 (イ)所在地							
	⑩ 家族が分べんした者の氏名	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	昭和	年	月	日生	
	⑪ (フリガナ) 出生児の氏名	⑫ 被保険者と出生児の関係	⑬ 出生児が被保険者であるかどうか	ある・ない				
	⑭ 出生児が被保険者のとき、出生児が被保険者でない理由	⑮ 備考						

が 医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長	⑯ 分べんした年月日	平成	年	月	日	⑰ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠)	ヶ月	週		
	⑱ 出生児の数	単胎・多児(児)		備考							
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 [印] 電話 (局) 番										
	⑳ 本籍						(21)筆頭者氏名				
区 市 町 村 長	(22)出生届出日	平成	年	月	日	(23)出生児氏名	(24)出生年月日	平成	年	月	日
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 区市町村長名 [印] 電話 (局) 番										

支 払 金 融 機 関 の 欄	支払区分	振込	預金種別	普通	銀行 金庫 農協	本店 支店
	金融機関	※	※		口座名義(カナ)	
	口座番号					

委 任 状	私は	を代理人と定め、平成	年	月	日に請求した出産育児一時金、	
	金	円也の受領方を委任します。	平成	年	月	日
状	本人	住所 氏名	[印]			
	代理人	住所 氏名	[印]			

領 収 書	金	円也領収いたしました。	平成	年	月	日	※	受付日付印
	三井製糖北糖健康保険組合理事長殿					氏名	[印]	

事 業 所 担 当 者 印
