

記入例

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
標準報酬月額	円(第 級)

又 給 又 払 伏 議 書			
常務理事	事務長	担当	担当
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	100-1234567	②事業所の名称	××××株式会社	③被保険者の 標準報酬月額	××, ×××円
④被保険者の 氏名	大和 太郎	⑤被保険者の 生年月日	平成2年 6月 7日		
⑥出産年月日	令和元年 5月 1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	××産婦人科クリニック			
	医療施設等 の所在地	〒541-0056 大阪市中央区久太郎町〇〇番地			
⑨被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日	大和 花子	平成2年 7月 8日			
⑩出生児の氏名	大和 次郎	⑪出生児の 生年月日	令和元年 5月 1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 <input type="checkbox"/> 受けていない <input checked="" type="checkbox"/>				
⑮振込希望の 金融機関名	大和 銀行 信用金庫 農協	本町	支店(普通 当座	第 2345678 号)	
⑯備考					
上記のとおり申請します。 令和元年 5月 10日 被保険者の 住所 〒541-0056 大阪市中央区久太郎町3-6-8 氏名 大和 太郎 殿 ダイワボウ健康保険組合理事長 殿					

⑰委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	円也の受領に関する事。
⑱振込希望の 金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店(普通 当座
		第 号)

⑲領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 ダイワボウ健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名
------	---

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳出産年月日	年 月 日	㉑生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	㉒出生児の数	単胎・多胎(児)				
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名					
	㉓本籍		㉔筆頭者氏名			
	㉕出生届出日	年 月 日	㉖出生児 氏名	㉗出生 年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名						

医師または助産師に  
記入してもらってください。

(記入上の注意)

## 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○印で囲んで下さい。
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下さい。  
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入して下さい。)
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、斜線で抹消して下さい。
4. ⑩、⑪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下さい。
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、その旨を記入して下さい。
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下さい。
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、出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下さい。
8. ⑰欄の「出産育児一時金(家族出産育児一時金)」の文字で不要なものは抹消して下さい。
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下さい。
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下さい。
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)を添付して下さい。
12. ⑲欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。

## 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下さい。