決裁日付印

同年月日	令和　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	令和　年　月　日					
支払額	拾万 万 千 百 拾 円					

（注意事項）

1、表題の「被保険者」と「配偶者」の別および⑫⑯ならびに⑰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⑥欄に、入院しないで分べんした場合は⑧のアとイの欄に、女子被保険者が分べんしたための請求がある場合は、⑨のア欄に、⑫欄の「ある」を丸でかこんだ場合は⑬欄にそれぞれ「該当せず」と記載してください。

4、⑮～㉔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。

※印の欄は記入しないでください。

※支給決定の額	法定	出産育児	款	項	目	拾万 万 千 百 十 円
	附加	出産育児				
分べんの日	令和　年　月　日					

摘要	資格	得	年　月　日
		喪	年　月　日
	決定標準報酬月額		千円
	備考		

出産育児一時金請求書

健康保険 被保険者 家族　　令和　年　月　日請求

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号と番号	○○○○－○○○○	②被保険者（請求者）の氏名　健保　太郎
③被保険者の現住所	〒○○○-○○○○ 東京都新宿区新宿○-△△-○	（TEL）000-000-0000 方
④事業所の名称	株式会社　○○○○	
⑤分べんした年月日	令和　○年　○月　○日	⑥死産のときはその旨 / ⑦妊娠経過期間　ヶ月　週
⑧入院して分べんしたときは、その病・産院の	(ア)名称：○×医大病院 (イ)所在地：東京都新宿区新宿××-○-×	
⑨配偶者が分べんしたための請求であるときはその者の	(ア)氏名：健保　花子	(イ)生年月日：昭和・平成　●年　●月　●日生
⑩出生児の氏名	健保　美子	⑪被保険者と出生児の関係：長女 / ⑫出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか：ある・ない
⑬出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	夫が扶養のため	⑭備考

医師または市区町村の証明を受けてください

医師・助産婦又は区市町村長が証明するところ

⑮分べんした年月日	令和　年　月　日	⑯生産または死産の別	生産・死産（任娠　カ月　週）
⑰出生児の数	単胎・多胎（　児）	備考	

⑱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　　電話（　局）　番

⑲本籍		⑳筆頭者氏名	
㉑出生届出日	令和　年　月　日	㉒出生児氏名	㉓出生年月日　令和　年　月　日

㉔上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　年　月　日
区市町村長名　　印　電話（　局）　番

本人と振込先名義人が異なる場合は記入してください

支払金			
支払区分	※ ①：振込 2：銀行送金 3：郵便局送金 4：当地払	預金種別	※ ①：普通 2：当座 3：通知 4：別段
金融機関コード	※		
口座番号	○○○○○○○		

○○ 銀行・金庫・農協 ○○ 本店・支店

口座名義　ケンポ　ハナコ　健保　花子

口座名義にフリガナをふってください
口座は、②の氏名と同じ名義を記入してください（配偶者の名義は不可）

委任状

私は　を代理人と定め、令和　年　月　日に請求した出産育児一時金　円也の受領方を委任します。
令和　年　月　日

本人　住所
　　氏名

代理人　住所
　　氏名

事業所担当者

※受付日付印