

支給 支払 決議書	受付年月日	年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者	入力
	同年月日	年 月 日					
	決裁年月日	年 月 日					
	支払年月日	年 月 日					
	支給額	円	資格取得		年 月 日		
支内 給訳	出産育児一時金	円	資格喪失		年 月 日		
		円	標準報酬額		円 (第 級)		

<記入例> 被保険者 出産育児一時金請求書  
家 族

(1) 被保険者証の 記号・番号	3907 - 00000	(2) 事業所の 名称	キタムラ新横浜店	(3) 被保険者の 標準報酬額	200,000 円
(4) 被保険者の 氏名	北村 太郎	(5) 被保険者の 生年月日	昭和63年 5月 5日		
(6) 分娩年月日	令和00年 7月 1日	(7) 死亡のときは その旨			
(8) 分娩した場所	医療施設等の名称	新横浜△△△産婦人科			
	医療施設等の所在地	神奈川県横浜市○○○区5-5			
(9) 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日	北村 花子	生 年 月 日	平成2年 6月 6日		
(10) 出生児の氏名	北村 五郎	(11) 出生児の 生年月日	令和00年 7月 1日		
(12) 出生児が被扶養者か どうか	被扶養者で <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">ある</span> ・ 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 ・ <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">受けていない</span>				
(15) 振込先指定口座	横浜	金庫 銀行 組合	新横浜	支店 <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> 当座	1 2 3 4 5 6 7
(16) 備 考					

上記のとおり申請します。

令和00年 7月 20日

〒222-0033

住所 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1

被保険者の

新横浜マンション705号室

健康保険組合理事長 殿

氏名

北村 太郎

印

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	(20) 分娩年月日	年 月 日	(21) 生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 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明する。				
	年 月 日 円				
	医療施設の名称・所在地				
医師・助産師名 印					
(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。					
年 月 日					
区市町村長名 印					

<添付書類> ◆出産育児一時金等申請・受取代理契約書(合意書)控の写し

◆分娩費内訳明細書(領収書)の写し

(2019.5)

〔記入上の方法〕

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. (8)欄の分娩した場所は、分娩した病院、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、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)
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、斜線で抹消してください。
4. (10)、(11)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. (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、その旨を記入してください。
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ください。
7. (16)欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、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、○○時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. 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)を添付してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- (21)欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第○月又は第○週であったかを記入してください。