

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		
支給内訳	出産育児一時金	円	
	出産育児付加金	円	
標準報酬月額	円(第 級)		

支給支払決議書			
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
配偶者

出産育児一時金(付加金)請求書

被保険者証の 被 保 険 者 番 号	事業所の名称	被保険者の 標準報酬月額	円
被 保 険 者 の 氏 名	被保険者の 生年月日	年 月 日	
分 娩 年 月 日	年 月 日	死亡のとき はその旨	
分 娩 し た 場 所	医療施設等 の 名 称		
	医療施設等 の 所 在 地	〒	
配偶者の分娩であるとき はその氏名・生年月日		年 月 日	
出 生 児 の 氏 名		出生児の 生年月日	年 月 日
出生児が被扶養者か かどうか	被扶養者で ある ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由	
他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている	受けていない	
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店(普通 当座)	郵便局
備 考			
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所〒 健康保険組合理事長 殿 氏名 印			

委 任 状	私は 年 月 日請求した出産育児一時金(配偶者出産育児一時金)・出産育児付加金(配偶者出産育児付加金)のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の住所〒 氏名 印
	代理人の住所〒 氏名 印
	振込希望の銀行 又は郵便局名
	銀行 支店(普通 当座) 郵便局

領 収 書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所〒 氏名 印
-------------	--

医師・ 助産師 又は市区 町村長が 証明する 欄	分娩年月日	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 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 市区町村長名 印					