

支給決議	同年月日	.	.	取得年月日	.	.	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額				喪失年月日	.	.				
					生産	.	死産				
分娩日	.	.		単胎	.	多胎					

事業所コード	事業所名	<del>被保険者</del> <b>家 族</b>	<b>出産育児一時金請求書</b>	事業所	所属長	担当者
0	1 本社					

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンコウ タロウ		生年月日	昭 平	〇〇	〇〇	〇〇				
	16	01	123456	氏名	健康 太郎	〒	000-0000	000-0000-0000						
	現住所	東京都〇〇区×× 1-2-3					取得年月日	平成(令和)	〇〇	〇〇	〇〇			
	適用事業所	山崎製パン株式会社					喪失年月日	令和	.	.	.			
	病院名	××産婦人科					他の保険へ出産育児一時金の請求をしていますか	はい・いいえ						
	住所	世田谷区〇〇 1-2-3					被扶養者である家族が分娩した場合の請求のときは、その者の	フリガナ	ケンコウ ヤスコ	生年月日	昭(平成)	〇〇	〇〇	〇〇
			氏名	健康 保子	認定月日	平成(令和)	〇〇	〇〇	〇〇	続柄	2	2		
	出生児数	1 人		死産児数	人									
	家族が被扶養者に認定後6カ月以内の分娩の場合は家族に関する状況	認定前に勤務していた場合					認定前に勤務していない場合							
		勤務先の名称	(株)〇〇商事		被保険者証の記号番号	(1-3983)	被扶養者に認定される前に加入していた健康保険は							
	勤務先の住所	世田谷区〇〇 5-4-3				イ. 国民健康保険に加入していた。								
	勤務していた期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 〇〇年 〇〇月 〇〇日				ロ. 親等の被扶養者であった。								
出生児が被扶養者となりますか	な	る	被扶養者にならない場合はその理由		ハ. その他									

助 産 師 証 又 明 欄	分娩した年月日	令和	年	月	日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠	カ月	週)
	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。所在地 医療施設 名称 医師・助産師名								

市 区 町 村 長 証 明 欄	本籍	〇〇〇〇	筆頭者氏名	健康 太郎	
	出生届出日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	出生児氏名	健康 桃子	出生年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
	上記のとおり相違ないことを証明する。令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇〇市 市区町村長名 ××× 〇〇〇 (印)				

委 任 状	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日に請求した出産育児一時金の受領を委任いたします。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	委任受領者	所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1	
	本住所 東京都〇〇区×× 1-2-3 人氏名 健康 太郎	事業所名称	山崎製パン株式会社 事業所長名 事業 太郎		

※喪失(退職)後の支払い方法	令和 年 月 日提出	支払	決議	受付
	振込	銀行		
	ア. 事業所を通して支払い	普/当 No.		
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)	先	名義人(カタカナ)		

次の書類を添付してください。  
 ①「直接支払制度」利用に伴う分娩医療機関との「合意文書の写し」 ②分娩医療機関から発行された「出産費用の領収・明細書の写し」  
 ※ 産科医療補償制度に加入している分娩医療機関では、「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」が押印されています。  
 ※ 被保険者資格喪失後6カ月以内の分娩の請求の場合は、出産時加入の保険者の「出産育児一時金不支給証明書」を添付して下さい。  
 ※ 家族が被扶養者に認定後6カ月以内の分娩の請求の場合は、認定前に加入していた保険者の「出産育児一時金不支給証明書」を添付して下さい。  
 ※ 「医師又は助産師証明欄」「市区町村長証明欄」は、どちらか一方の証明を受けて下さい。