

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	被保険者 家族 出産育児一時金請求書	事業所	所属長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	生年月日	昭 平		
	16		氏名				
	現住所	〒			取得年月日	平成 令和	
	適用事業所				喪失年月日	令和	
	病院名				他の保険へ出産育児一時金の請求をしていますか		
	住所				はい・いいえ		
	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	氏名	生年月日	昭和 平成	認定年月日	平成 令和
	出生児数	人	死産児数	人	続柄		
	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	被保険者証の記号番号 ()		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	勤務していた期間		イ. 国民健康保険に加入していた。			
		年 月 日	年 月 日	ロ. 親等の被扶養者であった。			
				ハ. その他 ()			
出生児が被扶養者となりますか	なる ならない	被扶養者にならない場合はその理由					

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 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
令和 年 月 日	医療施設 名称 医師・助産師名

市 区 町 村 長 証 明 欄	本籍	筆頭者氏名		
	出生届出日	出生児氏名	出生年月日	令和 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	印
令和 年 月 日				

委 任 状	令和 年 月 日に請求した出産育児一時金の受領を委任いたします。	委任受領者	所在地 事業所 名称 事業所長名
	本住所 人氏名	令和 年 月 日	

※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 支店			
	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。