

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		
標準報酬月額	円(第 級)		

記入例

又 給 又 払 伏 議 書			
常務理事	事務長	担当	担当
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
家 族

出産育児一時金請求書

①被保険者証の 記号・番号	65-1234567	②事業所の名称	××××株式会社	③被保険者の 標準報酬月額	××, ×××円
④被保険者の 氏名	大和 太郎	⑤被保険者の 生年月日	平成2年 6月 7日		
⑥出産年月日	令和4年 5月 1日		⑦死亡のとき はその旨		
⑧出産した場所	医療施設等 の名称	××産婦人科クリニック			
	医療施設等 の所在地	〒541-0056 大阪市中央区久太郎町〇〇番地			
⑨被扶養者の 出産であるとき はその氏名・生年月日	大和 花子	平成2年 7月 8日			
⑩出生児の 氏名	大和 次郎	⑪出生児の 生年月日	令和4年 5月 1日		
⑫出生児が被 扶養者かどう か	被扶養者で ある 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		受けていない		
⑮振込希望の 金融機関名	大和 銀行 信用金庫 農協	本町	支店(普通 当座	第 2345678 号)	
⑯備考					
上記のとおり申請します。 令和4年 5月 10日 ダイワボウ健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所 〒541-0056 大阪市中央区久太郎町3-6-8 氏名 大和 太郎					

⑰委任状	私は 年 月 日請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)のうち 金 円也の受領に関すること。 令和 年 月 日 被保険者の 代理人の 住所 〒 氏名
	銀行 信用金庫 農協 支店(普通 当座 第 号)

⑱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 ダイワボウ健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名
------	--

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑲出産年月日	年 月 日	⑳生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	㉑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				
	㉒本籍		㉓筆頭者氏名		
	㉔出生届出日	年 月 日	㉕出生児 氏名	㉖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					

医師または助産師に
記入してもらってください。

(記入上の注意)

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは、「家族」を○印で囲んで下さい。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入して下さい。
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入して下さい。)
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、斜線で抹消して下さい。
4. ⑩、⑪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下さい。
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、その旨を記入して下さい。
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下さい。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、出産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入して下さい。
8. ⑰欄の「出産育児一時金(家族出産育児一時金)」の文字で不要なものは抹消して下さい。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入して下さい。
10. ⑱欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入して下さい。
11. 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)を添付して下さい。
12. ⑲欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- ⑳欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入して下さい。