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

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務次長	係
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 出産一時金（付加金）請求書

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称		③ 被保険者の標準報酬月	円
④ 被保険者の氏名			⑤ 被保険者の生年月日		
⑥ 出産年月日			⑦ 死亡の時はその旨		
⑧ 出産した場所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地				
⑨ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日			年　月　日		
⑩ 出生児の氏名			⑪ 出生児の生年月日	年　月　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 振込希望銀行又は郵便局名	銀行　支店（ 普通 当座 ）				
⑯ 備考					

上記のとおり申請します。

年　月　日　〒

被保険者の　住所　氏名　㊞

健康保険組合理事長　殿

⑰ 委任状	私は　を代理人と定め、次の権限を委任する。 年　月　日請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）・出産育児付加金（家族出産育児付加金）のうち 金　円也の受領に関すること。 年　月　日　〒 被保険者の　住所　氏名　㊞ 代理人の　〒　住所　氏名　㊞
⑱ 振込希望銀行又は郵便局名	銀行　支店（ 普通 当座 ）　郵便局

⑲ 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　㊞

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄					
⑳出産年月日			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）				
上記のとおり申請します。 年　月　日　〒 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					
㉓ 本籍			㉔ 筆頭者氏名		
㉕ 出生届出日	年　月　日	㉖出生時氏名		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　㊞					

※なお申請、委任状、領収書欄について自署の場合は押印を省略可とする。