

被保険者
家 族

出産育児一時金（付加金）請求書

◎記入方法については裏面の注意事項を「一覧のうえ」で記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号 番号	② 事業所の 名 称			
	③ 出 産 し た 年 月 日	平成 年 月 日	④ 死産のとき その旨		⑤ 妊 娠 経過期間	週
	⑥ 入院して出産 したときは、そ の病院、産院の	(ア) 名 称				
		(イ) 所在地	〒			
	⑦ 被扶養者が出産 したための請求で あるときはその者の	(ア) 氏 名	(イ) 生年月日	昭和 年 月 日生	平成	
	⑧ 出 生 児 氏 名		⑨ 被保険者と 出生児の続柄		⑩ 出生児が被保険 者の被扶養者 であるかどうか	ある・ない
	⑪ 出生児が被保険者の被扶養者 でないときはその理由		⑫ 乳幼児医療費助成制度 に該当しているかどうか		いる・いない	
	⑬ (ア) 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保 険 者 名			
	(イ) 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の		記号及び番号			
	上記のとおり出産育児一時金（家族出産育児一時金）及び同付加金を請求いたします。					
〒 平成 年 月 日 被保険者の 住 所 氏 名 ※⑭ 出版健康保険組合 殿 電話 () ⑮						

〔直接支払い制度利用 した・しない〕 ※⑭本人氏名を自署した場合は押印不要です。（委任状欄を除く）

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑮ 出産した年月日	平成 年 月 日	⑯ 生産または死産の別	生産・死産（妊娠 週）		
	⑰ 出生児の数	単胎・多胎（ 児）	備 考			
	⑱ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療機関の名称 所在地 ⑲ 医師・助産師氏名 ⑮ 電話 () ⑮					
	⑳ 本 籍		㉑ 筆頭者氏名			
	㉒ 出生届出日	平成 年 月 日	㉓ 出生児氏名	㉔ 出生年月日	平成 年 月 日	
㉕ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 ⑲ 電話 () ⑮						

委 任 状	私は 平成 年 月 日に請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）及び同付加金の受領方を委任します。					
	〒 平成 年 月 日 本 人 住 所 ⑳ 氏 名 ⑮					
	〒 ⑳ 受 領 住 所 代理人 氏 名 ⑮					

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

平成 年 月 日提出

⑲ 金融機関	銀行名	銀 行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
				フリガナ	
	預 金 種 別	普通・当座		名 義 人	

（受付日付印）

社会保険労務士 の提出代行者印	⑳
--------------------	---

注意事項

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別、および⑩ならびに、⑫⑬⑭の欄はそれぞれ該当する文字を丸で囲んでください。
2. ①欄は、健康保険被保険者証に書いてあります。
3. 死産の場合は、⑧⑨欄に「該当せず」と記入してください。
4. 入院しないで出産した場合⑥の（ア）と（イ）の欄に、女子被保険者が出産したための請求である場合⑦の（ア）欄に、⑩欄の「ある」を丸で囲んだ場合⑪欄に、それぞれ「該当せず」と記入してください。
5. ⑨欄は被保険者からの続柄（長男、長女等）を記入してください。
6. ⑬欄が「死産」の場合は、妊娠何週目の死産であるかを書き入れてもらってください。
7. 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ（⑮又は⑯の欄）は、どちらか一方で証明を受けてください。
8. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
9. ⑰欄は被保険者の署名捺印を、⑱欄には事業所の受領代理人の署名捺印を必ずしてください。
10. ⑲欄は、退職後の請求である場合に振込先（銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人）を記入してください。（この場合、委任状欄を記入する必要はありません。）

※ 産科医療補償制度に加入している場合、医療機関等が発行の領収書（証明となるスタンプが押印されている）のコピーを添付してください。