

被保険者 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ご覧のうえご記入ください。

① 被保険者証の記号と番号	記号 6852 番号 739	② 事業所の名称	株式会社OX出版		
③ 出産した年月日	平成30年4月30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	(7) 名称 △X産婦人科医院 (イ) 所在地 〒OX△-XXXX 世田谷区松原X-X-X				
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	(7) 氏名 健保花子	(イ) 被保険者との続柄 妻	(ウ) 生年月日 昭和2年10月16日生 平成		
⑧ 出生児氏名	健保百合子	⑨ 被保険者と出生児の続柄 長女	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 ある	
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 いる		
⑬ (7) 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 (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	保険者名 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。 〒OX△-XXXX 平成30年5月9日 住所 世田谷区赤堤X-X-X 被保険者の氏名 健保太郎 出版健康保険組合 殿 電話 03 (3322) XXXX					

〔直接支払い制度利用〕(シ)・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）

⑮ 出産した年月日	平成30年4月30日	⑯ 生産または死産の別	生成・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。	医療機関の名称 △X産婦人科医院 所在地 世田谷区松原X-X-X 医師・助産師氏名 西永四郎 電話 03 (3322) XXXX		平成30年5月2日		
⑲ 本籍		⑳ 筆頭者氏名			
㉑ 出生届出日	平成 年 月 日	㉒ 出生児氏名	㉓ 出生年月日	平成 年 月 日	
㉔ 上記のとおり相違ないことを証明する。	市区町村長名		平成 年 月 日		
	電話 ( )				

委任状	私は 千代田太郎 を代理人と定め、平成30年5月9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。 〒OX△-XXXX 平成30年5月9日 住所 世田谷区赤堤X-X-X 本人氏名 健保太郎 住所 千代田区神田神保町X-X-X 代理人氏名 株式会社OX出版 千代田太郎
-----	---

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

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	
	預金種別	普通・当座		フリガナ	
				名義人	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
----------------	--

個人番号		※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し） ②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要となります。
記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。		