

被保険者
家

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ください。

① 被保険者証の 記号と番号	記号	6852	② 事業所の 名称	株式会社〇X出版		
	番号	739				
③ 出産した 年月日	令和 2 年 4 月 10 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	△X産婦人科医院				
	(イ) 所在地	〒〇X△-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	(ア) 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 (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 (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 險 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。						
〒〇X△-XXXX 令和 2 年 4 月 22 日						
被保険者の住所 世田谷区赤堤X-X-X						
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〕 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）

⑮ 出産した年月日	令和 2 年 4 月 10 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。 令和 2 年 4 月 18 日						
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						
⑳ 医師・助産師氏名 西永 四郎						
電話 03 (3322) XXXX						
㉑ 本 籍			㉒ 筆頭者氏名			
㉓ 出生届出日	令和 年 月 日	㉔ 出生児氏名	㉕ 出生年月日	令和 年 月 日		
㉖ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
市区町村長名						
電話 ()						

委 任 状	私は 千代田太郎 を代理人と定め、令和 2 年 4 月 22 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。					
	〒〇X△-XXXX 令和 2 年 4 月 22 日					
	本人	住所	世田谷区赤堤X-X-X			
	氏名	健保 太郎				
受領代理人	住所	千代田区神田神保町X-X-X				
氏名	株式会社〇X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。

令和 年 月 日提出
〔受付日付印〕

⑳ 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	

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。