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ご覧のうえご記入ください。

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 6852 / 番号 739	②事業所の名称	株式会社○×出版
③出産した年月日	令和 3 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	△×産婦人科医院	
	(イ)所在地	〒○×△-×××× 世田谷区松原×-×-×	
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・平成 3年10月16日生
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
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 (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。

令和 3 年 4 月 22 日

〒○×△-×××× 世田谷区赤堤×-×-×

被保険者の 住所

氏名 健保 太郎

出版健康保険組合 殿

電話 03 （3322） ××××

〔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	令和 3 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 3 年 4 月 18 日

医療機関の名称 △×産婦人科医院

所在地 世田谷区松原×-×-×

医師・助産師 氏名 西永 四郎

電話 03 （3322） ××××

⑳本籍		㉑筆頭者氏名	
㉒出生届出日	令和 年 月 日	㉓出生児氏名		㉔出生年月日	令和 年 月 日

㉕上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日

㉕

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 3 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。

令和 3 年 4 月 22 日

本人 〒○×△-×××× 住所 世田谷区赤堤×-×-×

氏名 健保 太郎

受領代理人 〒○×△-×××× 住所 千代田区神田神保町×-×-×

氏名 株式会社○×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

㉙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	

社会保険労務士記載欄	

個人番号													

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※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」等の添付が必要になります。