

(注 意 事 項)

1、標題の「被保険者」と「配偶者」の別および⑬の欄は、それぞれ該当する文字を
九でかこんでください。
2、①欄は、健康保険の被保険者証をみればわかります。
3、生産または早産の場合は⑦欄に、入院しないで分べんした場合は⑨の（ア）と（イ）の欄に、
女子被保険者が分べんしたための請求がある場合は、⑩の（ア）欄に、⑬欄の「ある」を九でか
こんだ場合は⑩欄にそれぞれ「該当せず」と記載してください。
4、訂正箇所には各記入者と同じ印を押してもらってください。

5、⑮欄は、被保険者資格喪失後の分べんであるときは、「出生児は、〇〇時間生存して死亡」
と記載してください。
6、⑯欄の「死産」の文字が九でかまれている場合、妊娠何カ月の死産であるかを、
かつ⑰欄に書き入れてもらってください。
7、給付金の受領方を他人に委任する場合、および給付金を直接受領する見込みのある
場合はそれぞれ給付の欄に記入押印して提出してください。
8、法定給付と附加給付を別々に扱っているところは、不要の文字を抹消してください。
9、※印の欄は記入しないといけないところは、不要の文字を抹消してください。

伺 年 月 日		令和 年 月 日		常務理事	事 務 長	担 当	担 当		
支 払 年 月 日		令和 年 月 日							
※	支 払 額	拾万 万 千 百 拾 円							
		拾万 万 千 百 拾 円							
		支 給 決 定 の 額	法 定	出 産 育 児	款 項 目	拾 万	千	百	拾 円
支 給 決 議 書	分べんの 日	年 月 日		摘 要	資 格	年 月 日			
		喪	年 月 日						
		決定標準報酬月額 千円							
				備 考					

86

健康保険

被保険者
配 偶 者

出産育児一時金請求書

令和 年 月 日請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	—		② 被保険者 (請求者) の氏名と印	③	
	④ 被保険者の現住所	〒 —				
	⑤ 事業所の名称					
	⑥ 分べんした年月日	令和 年 月 日		⑦ 死産のときはその旨	⑧ 妊娠経過期間	ヶ月 週
	⑨ 入院して分べんしたときは、その病・産院の所在地	(ア) 名称 (イ) 所在地				
	⑩ 配偶者が分べんしたための請求であるときはその者の氏名	(ア) 氏名		(イ) 生年月日	S H R	年 月 日
こ ろ	⑪ 出 生 児 の 氏 名			⑫ 被保険者と出生児の関係	⑬ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない
	⑭ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			⑮ 備考		

が医師・助産婦又は区市町村長が証明するところ	⑯ 分べんした年月日	年 月 日		⑰ 生産または死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヶ月 週)	
	⑱ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		備 考		
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地〒 医師・助産婦名 [印] 電話 (局) 番					
	⑳ 本 籍			㉑ 筆頭者氏名		
	㉒ 出生届出日	年 月 日		㉓ 出生児氏名	㉔ 出生年月日	年 月 日
区市町村長	㉕ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 区市町村長名 [印] 電話 (局) 番					

支 払 金 融 機 関 の 欄	支払区分	※ 1：振 込 2：銀 行 送 金 3：郵 便 局 送 金 4：当 地 払	預 金 種 別	1：普 通 座 2：当 座 知 段 3：通 別 4：別	銀行 金庫 農協	本店 支店
		金融機関コード				口座名義
		口座番号				郵便局

委 任 状	私は 金 円を代理人と定め、令和 年 月 日に請求した出産育児一時金 円也の受領方を委任します。 令和 年 月 日 本 人 住 所 氏 名 [印] 代理人 住 所 氏 名 [印]
-------	--

領 収 書	金 円也領収いたしました。 令和 年 月 日 ※ 受 付 日 付 印 健康保険組合理事長殿 氏名 [印]
-------	--