

支 給 決 定 伺

起案年月日 年 月 日			
決 裁			
常務理事	事務長	係	台帳照合

出 産 年 月 日	資 格 関 係 照 合 済	支 給 決 定 額	備 考
年 月 日	取得 年 月 日 喪失 年 月 日	円	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の	記号		事業所の名称	被保険者の氏名・印			㊦
	番号							
	出産した者の	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	被保険者との続柄		
	出産年月日	年 月 日	生産または 死産の別	生産 死産（妊娠第 週）	出生児の 氏 名			
	出産した医療施設の	名 称		所在地				
	被保険者が退職後 6ヶ月以内に出産した場合		現在、加入している保険者		保険者名			
					被保険者名	記号	番号	
					今回の出産で、上記の保険者より、出産育児一時金を			受けた（受ける予定）・受けない
	家族が被扶養者認定後 6ヶ月以内に出産した場合		認定前に加入していた保険者		保険者名			
					被保険者名	記号	番号	
今回の出産で、上記の保険者より、出産育児一時金を					受けた（受ける予定）・受けない			

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を下記受任者に委任します。	
	平成 年 月 日	
	委任者（被保険者）の 住所 氏名	㊦
	受 任 者 の 住所 氏名	㊦

母子健康手帳の「出生届済証明」のページの写し又は「出産証明書」の写しが添付出来ない場合は、下記の証明を受けて下さい。

証 明 欄	医師・助産師証明	出産した者の氏名		左記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日	
		出 産 年 月 日	年 月 日		医療施設の所在地
		出 生 児 の 数	単胎・多胎（ 児）		医療施設名称
		生産・死産の別	生産・死産（妊娠第 週）		医師・助産師の氏名 ㊦
市 区 町 村 長 証 明	市区町村長証明	現 住 所			
		出生児の氏名	以上の内容に相違ありません。		
		出生年月日	年 月 日	平成 年 月 日	
		筆頭者氏名	市区町村長名 ㊦		