

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額			
円			

記入例

支和又払伏議書			
常務理事	事務長	担当	担当
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

① 記号・番号	〇〇〇・〇〇〇〇〇〇	② 事業所の名称	〇〇 株式会社
③ 被保険者の氏名	大和 太郎	⑤被保険者の生年月日	平成 3 年 6 月 1 日
⑥出 産 年 月 日	令和 8 年 6 月 1 日	⑦死亡のときはその旨	
⑧出 産 し た 場 所	医療施設等の名称 〇〇産婦人科医クリニック 医療施設等の所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇町〇〇		
⑨被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日	大和 花子		平成 4 年 1 月 1 日
⑩出 生 児 の 氏 名	大和 三郎	⑪出 生 児 の 生 年 月 日	令和 8 年 6 月 1 日
⑫出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	⑬出生児が被扶養者でないときはその理由	
⑭他制度から給付を受けているかどうか	受けている	受けていない	
⑮振 込 希 望 の 金 融 機 関 の 名	〇〇 銀行 信用金庫 農 協 〇〇	支店 (普通 当 座)	口座番号 1234567)
⑯備 考			
上記のとおり申請します。 令和 8 年 6 月 10 日 ダイワボウHD健康保険組合理事長 殿			
		住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区△△町 □□-□□- 被保険者の氏名 大和 太郎	

⑰委任状	私は 年 月 日請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金) のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名	を代理人と定め、次の権限を委任する。
⑱振込希望の金融機関名	銀行 信用金庫 農 協	支店 (普通 第 号)

⑲領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 ダイワボウHD健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名
------	--

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳出産年月日	年 月 日	㉑生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	㉒出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)				
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名					
	㉓本 籍		㉔筆 頭 者 氏 名			
	㉕出生届出日	日 年 月	㉖出生児氏 名	㉗出 生 年月日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 ㊟					

医師または助産師に記入して
もらってください。

(記入上の注意)

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは、「家族」を○印で囲んで下さい。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入して下さい。
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入して下さい。)
3. ⑨欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消して下さい。
4. ⑩、⑪欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入して下さい。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入して下さい。
6. ⑮欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入して下さい。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、出産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入して下さい。
8. ⑰欄の「出産育児一時金(家族出産育児一時金)」の文字で不要なものは抹消して下さい。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入して下さい。
10. ⑱欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入して下さい。
11. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付して下さい。
12. ⑲欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- ②欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入して下さい。