

【受 付 印】

支 給 支 払 決 議 書				
常務理事	事務長	係		不支給の場合
				
支給額合計		円	被扶養者調書点検印	
(家族)出産育児一時金		円	資格取得年月日	年 月 日
		資格喪失年月日	年 月 日	

被 保 険 者
家 族

出産育児一時金請求書

(海外で出産した場合)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の		被保険者証の 記号番号		—		氏名					
			住所									
	分娩年月日		令和 年 月 日				死産の時はその旨					
	分娩した場所 (自宅分娩の場合はその旨)		医療施設等 の名称						医療施設等 の所在地			
	家族の分娩であるとき		氏名						生年月日		昭和 平成 年 月 日	
			資格取得日 (保険証で確認)		平成 令和 年 月 日							
			扶養認定以後、6ヶ月以 内で出産した場合、扶養 認定日以前に加入して いた健康保険者名、記 号・番号を記入		☐ 健康保険組合 ☐ 健康保険協会 ☐ 国民健康保険						記号 番号	
											TEL	
	出生児の		生年月日		令和 年 月 日							
	出生児が被扶養者であるかどうか			被扶養者で ある ・ ない			出生児が被扶養者でない場合は その理由					
	1年以上被保険者で あった方が資格喪失 後、6ヶ月以内に出産 する場合		資格喪失日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日							
			現在加入している 健康保険者名、 記号・番号を記入		☐ 健康保険組合 ☐ 健康保険協会 ☐ 国民健康保険						記号 番号	
											TEL	
受 取 方 法 (①② いずれ か記入)	①在籍中の方 会社へ委任 して下さい		私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名									
	②上記以外 振込先を記入 して下さい (任継者は記入不要。 登録口座へ振込)		銀 行 信 金・信組 労 金・農 協		本店・出張所 支店・営業部		普通 ・ 当座					
			口座 番号		(フリガナ) 口座名義		()					

医 師 又 助 産 婦 証 明 欄	Certificate of Birth	
	分娩年月日	Date of Delivery :
	生産・死産の別	Live born ・ Stillborn (Months of Pregnancy)
	出生児の数	Number of Birth ・ Single ・ Plural ()
	証明欄	I certify that above descriptions are Certain Date Address Physician or Midwife Singnature

裏面 備考欄、記入上の注意、添付書類。

(裏面)

備考欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【記入上の注意】

- 1. 標題の「被保険者」「家族」は、いずれか該当する文字を丸で囲んでください。
- 2. 出生児が複数の場合は、請求書を分けて記入して下さい。

【添付書類】

- 1. 医師・助産婦による出生の証明を受けることができない場合は、出生が確認できる証明書(両親の氏名、子の氏名・生年月日の記載されたもの)等の写し。
- 2. 医療機関が発行した領収書の写し。
- 3. 上記が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文。