

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	家族出産育児一時金

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

家族出産育児一時金 兼 内払金支給申請書

【ERP 対象事業所用】

被保険者証 記号・番号			請年 月 求日	令和 年 月 日
被保険者 氏 名	フリガナ	印	会 社 名 所 属	(連絡先)
被扶養者氏名 (分娩した方)	フリガナ	被保険者に対する続柄	出 産 年 月 日	令和 年 月 日
出 生 児 氏 名	フリガナ	被保険者に対する続柄	出 生 児 を 住 民 登 録 す る 住 所	区 市 町 村
支払金融機関	被保険者の給与に含めて支払います。			

医師または助産師証明 【場合は別紙を添付 市町村長が証明する】	出産年月日	令和 年 月 日	出生児氏名	フリガナ
	出 生 児	生産 ・ 死産	〔 カ月 週 〕	男 ・ 女
	上記のとおり相違ありません。 住 所 令和 年 月 日 氏 名 印			

請求者に被保険者資格が	ある	ない	出生児が	生産	死産	〔 カ月 週 〕
出産者が被扶養者に	該当	非該当	出生児を被扶養者として認定	する	しない	
家 族 出 産 育 児 一 時 金 支 給 決 定 額						

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
2. 多胎分娩の場合は、出産児ごとに1枚記入して下さい。
3. 出生の証明者が市町村長の場合は、証明欄に「別紙添付」と記入し、戸籍謄本(抄本)の正を添付して下さい。
4. 出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付して下さい。
5. 直接支払制度を利用していない場合は、その事実が確認可能な代理契約に関する文書の写しを添付して下さい。
6. 保険給付金は、被保険者への給与に含めての支払いと同時に領収されたものといたします。

受 付 印	出 納 印