

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。  
 (無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)  
 ■健康保険組合へ**直接**ご提出ください  
 (労務担当箇所を経由する必要はありません)

|    |           |
|----|-----------|
| 令和 |           |
| 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 |
|-----|----|-----|------|

＜記入時の注意事項＞

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、被保険者が勤務している会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「支払金融機関」欄の「銀行コード」および「支店コード」については、もし確認が困難であれば、無記入でも結構です。

「銀行コード」および「支店コード」以外**必ず**ご記入ください。

家族出産育児一時金

|                           |                         |                  |                      |                                                     |               |                       |
|---------------------------|-------------------------|------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|---------------|-----------------------|
| 被保険者証<br>記号・番号            | 4 0 0 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7 | 請年 月 日           | 求 年 月 日              | 令和 年 月 日                                            |               |                       |
| 被保険者氏名                    | フリガナ ケンボ タロウ<br>健保 太郎   | 印                | 会社名<br>所 属           | 四国電力(株) 人事労務部<br>従業員サービスセンター<br>(連絡先) 050-1234-5678 |               |                       |
| 被扶養者氏名                    | フリガナ ケンボ ハナコ<br>健保 花子   | 被扶養者に対する続柄<br>妻  | 出 産<br>年 月 日         | 令和 年 月 日                                            |               |                       |
| 出生児氏名                     | フリガナ ケンボ サブロウ<br>健保 三郎  | 被扶養者に対する続柄<br>三男 | 出生児を<br>住民登録<br>する住所 | 〇〇 区 市 〇〇 市 町 村<br>郡                                |               |                       |
| 支払金融機関<br>(被保険者<br>名義の口座) | フリガナ 〇〇<br>〇〇 銀行        | コード<br>9 9 9 9   | フリガナ 〇〇<br>〇〇 支店     | コード<br>9 9 9                                        | 預金種別<br>普 通 座 | 口座番号<br>9 9 9 9 9 9 9 |

|                                       |                                  |          |       |       |
|---------------------------------------|----------------------------------|----------|-------|-------|
| 医師または助産師証明<br>(場合は別紙を添付<br>市町村長が証明する) | 出生年月日                            | 令和 年 月 日 | 出生児氏名 | フリガナ  |
|                                       | 出生児                              | 生 産 ④    | 別紙添付  | 男 ・ 女 |
|                                       | 上記のとおり相違ありません。<br>住所<br>令和 年 月 日 |          |       |       |
| 請求者に被保険者資格がある ない                      |                                  |          |       |       |
| 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                        |                                  |          |       |       |

＜記入時の注意事項＞

- ④ 「医師の証明（市町村長が証明する場合は別紙を添付）」欄について、別紙による証明書を添付する場合は、この欄に「別紙添付」とご記入ください。

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみに記入して下さい。  
 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、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものといたします。

受付印

出納印