

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
支給 内訳	出産育児一時金 円
標 準 報 酬 額	円 (第 級)

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
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 被保険者証の 記号・番号		② 事業所の名称		③ 被保険者の 標準報酬額	円
④ 被保険者の 氏名		⑤ 被保険者の 生年月日		年 月 日	
⑥ 出産年月日	年 月 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				
	医療施設等 の所在地	〒			
⑨ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日				年 月 日	
⑩ 出生児の氏名		⑪ 出生児の 生年月日		年 月 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 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)				
⑯ 備 考	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します				
上記のとおり申請します。					
年 月 日					
被保険者の 住所〒 氏名 印					
志村化工健康保険組合理事長 殿					

⑰ 委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	金	年 月 日	請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金)		
		年 月 日	円也の受領に関すること。		
			被保険者の 住所〒 氏名	印	
			代理人の 住所〒 氏名	印	
⑱ 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)				

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	
	志村化工健康保険組合理事長 殿		
	受領者	住所〒 氏名	印

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明する。					
		年 月 日	医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 印			
	㉓ 本 籍		㉔ 筆頭者氏名			
㉕ 出生届出日	年 月 日	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						
区市町村長名 印						

〔記入上の方法〕

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○印で囲んでください。
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ください。（なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。）
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、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪の欄には、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ください。
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、その旨を記入してください。
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ください。
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、生産であったが、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ください。
8. ⑰欄の「出産育児一時金（家族出産育児一時金）」の文字で不要のものは抹消してください。
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ください。
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ください。
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）を添付してください。
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ください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

㉑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ください。