

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
支内	円
給訳	円
出産育児一時金	円
出産育児一時金付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	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** 出産育児一時金等内払金支払依頼書

① 被保険者証の 記号・番号	〇〇〇-〇〇〇〇	② 事業所の名称	〇〇〇〇〇〇
③ 被保険者の 氏名	健保 太郎	④ 被保険者の 生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑤ 出産年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	⑦ 死亡のとき はその旨	該当せず
⑦ 出産した場所	医療施設等 の名称	〇〇〇〇病院	
	医療施設等 の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町2	
⑧ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日	健保 花子	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
⑨ 出生児の氏名	健保 愛子	⑩ 出生児の 生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑪ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	⑫ 出生児が被扶養者でないときはその理由	該当せず
⑬ 振込希望の銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店 (普通 〇〇〇〇〇〇〇 当座)		
	口座名義(カナ) ケンポ タロウ		
⑭ 備考	上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者の 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 氏名 健保 太郎		



健康保険組合理事長 殿

**〔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. ⑦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. ⑧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. ⑨、⑩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. ⑬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。
6. ⑭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。