



同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱	者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成	年	月	日						
支払額		拾万	万	千	百	拾	円			
支給 決定 書	法定 産 出 産 児	款 項 目								
	付 加 産 出 産 児									
	分べんの 日	平成	年	月	日	適 格 喪 失	資 格 喪 失	年	月	日
								決定標準報酬月額		千円
								備考		

(注意事項)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別および「ならびに」の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
2. 欄は、健康保険の被保険者証をみればわかります。
3. 生産または早産の場合は、欄に、入院しないで分べんした場合は、(ア)と(イ)の欄に、女子被保険者が分べんしたための請求がある場合は、(ア)欄に、「ある」を丸でかこんだ場合は、欄に「ある」を丸でかこんでください。
4. 訂正箇所には各記入者と同じ印を押してごらってください。
5. 欄は、被保険者資格喪失後の分べんであるときは、その資格喪失年月日を、また、生産であつたが間もなく死亡したときは、「出生児は、時間生存して死亡」等と記載してください。
6. 欄の「死産」の文字が丸でかこまれている場合、妊娠何カ月の死産であるかを、かつこの内書きを入れておってください。
7. 給付金の受領方を他人に委任する場合、および給付金を直接受領する見込みのある場合は、それぞれ該当の欄に記入押印して提出してください。
8. 法定給付と付加給付を別々に扱っているところは、不要の文字を抹消してください。
9. 8. 印の欄は記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 平成 年 月 日請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号と番号		(フリガナ) 被保険者(請求者) の氏名と印		
	被保険者の現住所	〒 _____ 方			
	事業所の名称				
	分べんした年月日	平成	年	月	日
	入院して 分べんした ときは、そ の病・産院の	(ア) 名称			
		(イ) 所在地			
	家族が分 べんした め請求者 のときは	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	昭和	年
(フリガナ) 出生児の氏名	被保険 者と出生 児の関係	出生児が 被保険者 であるか どうか	ある・ない		
出生児が被 保険者の とき	備考				

が 医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長	分べんした 年月日	平成	年	月	日	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月週)			
	出生児の数	単胎・多児(児)		備考						
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日									
	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 _____ 印 電話 (局) 番 _____									
	本籍				(21)筆頭者氏名					
(22)出生届出日	平成	年	月	日	(23)出生児氏名	(24)出生年月日	平成	年	月	日
(25)上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日										
区市町村長名 _____ 印 電話 (局) 番 _____										

支 払 金 融 機 関 の 欄	支払区分	振込	預金種別	普通	銀行 金庫 農協	本店 支店
	金融機 関				口座名義(カナ)	
	口座番号					

私は _____ を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産育児一時金、
金 _____ 円也の受領方を委任します。 平成 年 月 日

本人 住所 _____ 氏名 _____
代理人 住所 _____ 氏名 _____

領収書 金 _____ 円也領収いたしました。 平成 年 月 日 受付日付印

三菱製紙健康保険組合理事長殿 氏名 _____

事業所
担当者
印