

受付年月日	年月日
同年月日	年月日
決裁年月日	年月日
支給額	円
支給内訳	円
出産育児一時金	円
出産育児付加金	円
標準報酬額	円(第級)

支給支払決議書									
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 族 出 産 育 児 一 時 金 (付 加 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 分娩年月日		⑦ 死亡のとき はその旨			
⑧ 分娩した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地	〒			
⑨ 家族の分娩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 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					
上記のとおり申請します。					
年月日					
被保険者の 住所〒 氏名 印					
セメント商工健康保険組合理事長 殿					

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年月日	請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児付加金(家族出産育児付加金)のうち金
	円也の受領に関すること	年月日
	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)

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
	健康保険組合理事長 殿	住所〒
	受領者	氏名 印

⑳ 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	出産年月日	年月日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	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				
	本籍	筆頭者氏名			
出生届出日	年月日	出生児氏名	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					
市区町村長名 印					

〔記入上の方法〕

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○印で囲んでください。
 2. ⑧欄の分娩した場所は、分娩した病院、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、自宅分娩の場合は、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分娩であるときは、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）・出産育児付加金（家族出産育児付加金）」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. 出産費用の領収書の写しを添付してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- ⑳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。