

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
支払内訳	出産育児一時金 円
	出産育児付加金 円
標準報酬月額	円(第 級)

支給支払決議書			
常務理事	事務長		扱者
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

社会保険委員  
の点検済印

届書コード	届書
3 2 1	

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日	⑤被扶養者番号	⑥給付記録番号	⑦受取人	⑧受付年月日
①	②	③	1:明 3:大 5:昭 7:平	*	※0:無 1:有	※年 月 日
⑨被保険者の(請求者)氏名と印		事業所の⑦名称		⑧所在地		
被保険者の(請求者)住所		⑩郵便番号	⑪住所コード		(電話番号)	
被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の		⑫氏名	⑬生年月日	昭和 平成 年 月 日生		
⑭出産した年月日	平成 年 月 日	⑮生産児数	⑯死産児数	⑰死産のときはその旨	⑱妊娠経過期間	ヵ月 週
入院して出産したときは、その病産院の		⑲名称	⑳所在地			
⑳出生児の氏名		㉑被保険者と出生児の続柄				
㉒出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	㉓出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由				
㉔法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)	円	㉕調整減額コード	㉖海外表示	㉗特別支給コード	(備考)	
㉘資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保険者名・記号および番号	保険者名	記号番号		
㉙被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の						

㉚出産した年月日	平成 年 月 日生	㉛生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月 週)			
㉜出生児数	単胎・多胎( 児)	備考				
㉝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		〒	㉞医師・助産師名	㉟電話	( 局) 番	
㊱本籍		㊲筆頭者氏名				
㊳出生届出日	平成 年 月 日	㊴出生児氏名	㊵出生年月日	平成 年 月 日生		
㊶上記のとおり相違ないことを証明する		平成 年 月 日				
市(区)町村長名		㊷電話	( 局) 番			

社会保険労務士の  
提出代行社印

㉚ 支払区分	* 1: 振込	㉜ 預金種別	1: 普通	㉞ 銀行	本店	技官等見
㉚ 金融機関コード	* 〃			口座名義	支店	
㉚ 口座番号						

㉚ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
被保険者の住所(申請者)氏名		㉜
㉚ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	㉞ 委任者と代理人の関係
代理人の住所	㉜ 郵便番号	(フリガナ)
	㉜ 住所コード	㉞

平成 年 月 日提出  
受付日付印