※ 支払決議書				決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
支払	伺年月日	令和　年　月　日							
	支払年月日	令和　年　月　日							
	支給額	円							
支給内訳	法定	款　項　目	円	資格	得	年　月　日	療養	得	年　月　日
	付加				喪	年　月　日		喪	年　月　日

健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金支給請求書

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号(左詰め)	㋐ 生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
	昭 平 令　年　月　日	※	※	※ 0:無 1:有	※　年　月　日

㋑被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) (氏) ※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。	(フリガナ) (名)	事業所の 名称 所在地
被保険者の(申請者)住所	郵便番号 - 電話番号	(フリガナ) 住所	
被扶養者が出産したための申請であるときは、その者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生

出産した年月日	令和　年　月　日	出産児数	死産児数	死産のときはその旨		妊娠経過期間	カ月　週
		人	人				
㋒ 出生児の氏名	(フリガナ)			被保険者と出生児の続柄			
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	※ 調整減額コード	海外表示 0:国内 1:海外	特別支給コード	備考		

被保険者の出産育児一時金申請であるときは、夫の被保険者証の

記号番号	氏名	勤務先	保険者名
	(昭・平・令　年　月　日生)		

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
□	

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。

出産した年月日	令和　年　月　日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠　カ月　週)
出生児の数	単胎・多胎(　児)	備考	

上記のとおり相違ないことを証明する

令和　年　月　日

医療施設の名称・所在地

医師・助産師名

本籍				筆頭者氏名	
出生届出日	令和　年　月　日	出生児氏名		出生年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する

令和　年　月　日

市区町村長名　㊞

受取金融機関

支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用	預金種別	振込銀行	銀行　本店 支店 出張所
口座番号		普通		
口座名義				

◎受取代理人の欄(①②いずれか☑)

□ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		被保険者(申請者)	日付　年　月　日
事業主名称			氏名
□ ②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。			年　月　日
被保険者(申請者)	住所 氏名	電話　(　)	
代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人との関係	
代理人住所	〒 - フリガナ 電話　(　)		

令和　年　月　日提出

受付印

社会保険労務士の提出代行者名	