

|              |            |   |
|--------------|------------|---|
| 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<br>給<br>訳 | 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<br>記号・番号   | 0000000                               | ② 事業所の名称                   | 〇〇株式会社         |
| ③ 被保険者の<br>氏名   | 健保 太郎                                 | ④ 被保険者の<br>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                        | ⑥ 死亡のとき<br>はその旨            |                |
| ⑦ 出産した場所  | 医療施設等<br>の名称                          | 〇〇産婦人科                     |                |
|   | 医療施設等<br>の所在地                         | 〒 000-0003<br>〇〇県〇〇市△△町2-1 |                |
| ⑧ 被扶養者の出産であるときは<br>はその氏名・生年月日   |                                       |                            |                |
| ⑨ 出生児の氏名  | 健保 花子                                 | ⑩ 出生児の<br>生年月日             | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
| ⑪ 出生児が被扶養者か<br>かどうか   | 被扶養者で<br>ある<br>ない                     | ⑫ 出生児が被扶養者で<br>ないときはその理由   |                |
| ⑬ 振込希望の銀行   | 〇〇〇〇 銀行 〇〇 支店<br>(普通 当座 No. 0000000 ) | (フリガナ)                     | ケンボ タロウ        |
|   |                                       | 口座名義人                      | 健保 太郎          |
| ⑭ 備考  |                                       |                            |                |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: right;">住所〒 000-0000<br/>被保険者の 〇〇県〇〇市△△町2-1<br/>氏名 健保 太郎</p> <p style="text-align: right;">健康保険組合理事長 殿 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span></p> |                                       |                            |                |

**【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。