



組合 使用 欄	起案年月日	年	月	日	係	員	部	課	長	事務局長	常務理事
	出産育児一時金										
	出産育児付加金										
	支給決定金額										
備 考	分娩年月日	年	月	日	分娩						
	資格関係 照合済	年	月	日	取得 喪失						

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金(付加金)請求書

平成 〇〇年 〇月 〇日提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	① 被保険者証の記号・番号	記号 12	番号 345	② 事業所の名称	△□信用組合		
	③ 被保険者の氏名	信組 太郎 (信組印)		④ 被保険者の住所	〒 540-0026 大阪市中央区〇〇町2-3-4		
記 入 欄	⑤ 家族の分娩のときはその家族の氏名	信組 花子		⑥ 生年月日	(昭和) 55 年 5 月 5 日	続柄 妻	
	⑦ 分娩年月日及び生産・死産別	平成 〇〇年 4 月 1 日	⑧ 出生児の氏名	フリガナ シンクミ ケンイチ	出生児数 1 人	死産児数	
記 入 欄	⑨ 分娩をしたのは(該当する方に○をつけその後の設問にもお答え下さい)	被保険者 <input type="checkbox"/>	家族 <input checked="" type="checkbox"/>	⑩ 分娩年月日及び出生児の数	平成 〇〇年 4 月 1 日	⑪ 生産・死産の別及び妊娠週(月)数	
	分娩をした者が被保険者の場合該当するものを右のA・イから選んで下さい	分娩をした者が家族の場合、その家族があなたの被扶養者になった時期について右のA・イから選んで下さい	A. 被保険者期間中の分娩 イ. 資格喪失後6ヶ月以内の分娩	A. 分娩日より6ヶ月以上前 イ. 分娩日より6ヶ月以内	単胎・多胎(児)	妊娠第 週又は第 月	給付を受けて いる・ いない
記 入 欄	⑫ 上記のとおり相違ないことを証明する。	平成 〇〇年 4 月 6 日	医療機関の所在地	大阪市中央区〇〇町1-2-3			
	医療機関等の名称	〇△病院		医師又は助産師の氏名	〇△大助 (印)		
※以下の市区町村長の証明は、医師・助産師の証明がある場合は必要ありません							
記 入 欄	⑬ 本籍	筆頭者氏名	出生届出日	出生児氏名	出生年月日		
	都道府県		平成 年 月 日		平成 年 月 日		
記 入 欄	⑭ 上記のとおり相違ないことを証明する。	平成 年 月 日	市区町村町名	(印)			
	⑮ 私は △□信用組合 を代理人と定め、〇〇年 〇月 〇日請求した出産育児一時金の受領方を委任します。	住所	大阪市中央区〇〇町2-3-4				
委 任 状	被保険者の氏名	信組 太郎 (信組印)		住所	大阪市北区〇〇町5-6-7		
	代理人の氏名	△□信用組合 理事長 〇□ 良一 (印)					

しんくみ関西健康保険組合

この用紙で請求できる給付について

医療機関等と直接支払制度の代理契約を結ばなかった場合の出産育児一時金及び同付加金の請求

添付書類について

1. 医療機関等との代理契約にあたっての書面の写し
2. 医療機関が発行する費用の内訳を記した明細書兼領収書の写し

1及び2を両方添付してください。

記入上の注意

(被保険者への注意事項)

1. 標題は該当するところを○印で囲んでください。
2. 「医師・助産師又は市区町村長の証明欄」については、いずれか一方で証明を受けて下さい。

(医師・助産師又は市区町村長への注意事項)

1. 医師又は助産師が証明するときは⑩、⑪及び⑫に、市区町村長が証明するときは⑬及び⑭に記入して下さい。