

どちらか該当する方に○をしてください。
 直接支払いを ①希望した ②希望していない

No. _____

同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	事務次長	担当者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	令和	年	月	日					
支払額	拾万 千 百 拾 円								
支給決定の額	法定 付加	出産 育児	出産 育児	出産 育児	資格 喪失	決定標準報酬月額	千円		
支給決定の額	出産の	令和	年	月	備考				

(記入上の注意事項)

※支給決定書
 1. 問題の被扶養者(一家庭)の別およびその住所、それと被扶養者の
 2. およびその健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の
 3. 健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の
 4. 健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の
 5. 健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の
 6. 健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の
 7. 健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の
 8. 健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の
 9. 健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の
 10. 健康保険の被扶養者証に記載されている住所、それと被扶養者の

健康保険 被保険者 家族 **出産育児一時金・付加金請求書** 令和 年 月 日請求

1 被保険者証の記号・番号	2 生年月日	3 被扶養者番号	4 給付記録番号	5 代理人	6 受付年月日
フリガナ	令和 年 月 日	1357	0:無 1:有	フリガナ	令和 年 月 日
7 被保険者(請求者)の氏名と印	8 事業所の名称	9 所在地	10 郵便番号	11 氏名	12 生年月日
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	昭和 年 月 日生
13 出生した年月日	14 生産児数	15 死産児数	16 死産のときはその旨	17 妊娠経過期間	18 カ月週
令和 年 月 日					
19 入院して出産したときは、その病産院の名称	20 所在地	21 出生児の氏名	22 被保険者と出生児の続柄	23 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	24 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由
フリガナ	フリガナ	フリガナ		ある・ない	
25 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)	26 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被扶養者証の記号及び番号	27 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の記号及び番号	28 保険者名・記号番号	29 保険者名・記号番号	30 記号番号

31 出生した年月日	32 生産または死産の別	33 生産・死産(妊娠)	34 カ月週
令和 年 月 日			
35 出生児の数	36 備考	37 上記のとおり相違ないことを証明する	38 令和 年 月 日
単胎・多胎() 児			
39 本籍	40 筆頭者氏名	41 出生届出日	42 出生年月日
令和 年 月 日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
43 上記のとおり相違ないことを証明する	44 令和 年 月 日	45 区市町村長名	46 電話(局)番

16 支払区分	17 金融機関	18 預金種別	19 口座番号	20 口座名義
1:振込金 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	フリガナ	フリガナ

21 私は、加金、金を	22 を代理人と定め、令和 年 月 日に請求した出産育児一時金及び同付円也の受領方を委任します。	23 令和 年 月 日
24 代理人の氏名と印	25 代理人の住所	26 委任者と代理人との関係
フリガナ	フリガナ	
27 代理人の住所	28 郵便番号	
フリガナ		

29 領収書	30 金 円也領収いたしました	31 令和 年 月 日	32 *	33 受付日付印
	共同印刷健康保険組合理事長殿			
	氏名			

事業所印
 担当者印