

支給決定 伺	常務理事	事務長	部長	課長	担当者	伺(決定)年月日				
	標準報酬	(千円)			被・家	支給金額(円)				
	資格取得	昭和・平成・令和	年	月		日	出産育児一時金			
資格喪失	令和	年	月	日		出産育児付加金				

健康保険 被保険者 **家族** 出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書

請求者が記入するところ	被保険者等記号・番号	記号	50	番号	100	被保険者の氏名・印	連合 太郎			
	被保険者の現住所	(〒 530 - 0000)					大阪市北区〇〇町 〇-△-□			
	事業所の名称	丸紅〇〇×× 株式会社						Tel (06) 1234 - 5678		
	配偶者の分娩であるときは配偶者の氏名	連合 花子			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 58 年 8 月 1 日	<input type="checkbox"/> 平成			
	分娩年月日	令和 2 年 10 月 1 日			生産児数	1 人	死産児数	人		
	出生児氏名 ※	フリガナ レンゴウ ケンタ			他の制度から給付を受けているかどうか					
		連合 健太			給付を受けて <input type="checkbox"/> いる ・ <input checked="" type="checkbox"/> いない					
	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	保険者名 記号及び番号			保険者名		記号・番号			
				健康保険組合・共済組合 社会保険事務所 国民健康保険(組合)		.				

※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載は不要です。

市町村の医師・助産師の出生届受理証明又は証明を添付	分娩年月日	令和 2 年 10 月 1 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産・死産(妊娠 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。			
令和 2 年 10 月 3 日		医療施設の名称	〇×〇×病院	
直接支払制度を利用して出産したときは、この欄の証明は不要です。		所在地	大阪市北区〇〇町 1-2-3	
医師 氏名		伊藤 〇夫		

委任状	
上記保険給付金の受領を事業所担当者に委任する。	健保 〇子
令和 2 年 10 月 5 日	
被保険者	連合 太郎

受付日付