支給額	円	被保険者 家　族

出産育児一時金(付加金)請求書

被保険者等の 記号－番号	－	事業所の名称	
被保険者の氏名		被保険者の生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日
出産年月日	令和　　年　　月　　日	死亡のときはその旨	
出産した場所	医療施設等の名称		
	医療施設等の所在地	〒	
被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日			□昭和 □平成　　年　　月　　日
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で　ある ない	出生児が被扶養者でないときはその理由	配偶者の扶養　・（その他　　）
他制度から給付を受けているかどうか	受けている	受けていない	

□　マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は ☑　利用しない場合は下記「委任状」を記入）

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

健康保険組合理事長　殿

被保険者の　〒　住所　氏名

委任状	
	私は　　を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和　　年　　月　　日　請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）・出産育児付加金（家族出産育児付加金）の受領に関すること。 被保険者の　〒　住所　氏名 代理人の　〒　住所　氏名

＜個人振込＞　□ 任意継続被保険者　□ その他（　　）

振込希望の銀行口座	銀行	支店	口座番号	普通 当座	
口座名義	（フリガナ）				

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄						
	出産年月日	令和　　年　　月　　日	生産・死産の別	生　産　・　死　産 （妊娠第　　月又は第　　週）		
	出生児の数	単　胎　・　多　胎（　　児）				
	上記のとおり相違ないことを証する。 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					