

※支給決議書	支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	リーダー	担当		
	支給額							
	支給内訳	法定		分婉年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
		付加		認定年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	備考		資格取得日	昭和・平成・令和	年	月	日	被扶養者届
		資格喪失日	昭和・平成・令和	年	月	日		

**被保険者**  
家族 出産育児一時金請求書

**注意事項**

※この請求書は「直接支払制度」利用の方用ではありません。制度を利用した方は「直接支払制度利用者用」を使用下さい。

ア. 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」及び「直接支払制度を利用しない旨の合意文書」のいずれも写しを添付して下さい。  
 イ. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄（請求書にある欄）に証明いただくか、もしくは、出生証明書か戸籍謄本（抄本）のいずれか本紙を添付して下さい。  
 ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。  
 エ. 海外で分娩した場合は委任状欄へ記載の上、『①他の保険者（健康保険）を記載した文書を添付して下さい。』を記載した文書を添付して下さい。  
 オ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号 11 番号 12345	被保険者の氏名	日航 花子 生年月日 昭和・平成 60年 3月 3日			
	被保険者の現住所	〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3		TEL 03 ( 1234 ) 1111			
	事業所名(所属)	株式会社 JALOO (△△部)		TEL 03 ( 5678 ) 9999			
	分婉年月日	令和 3年 7月 3日	死産のときはその旨				
	家族の分婉であるときはその者の氏名		続柄				
	被保険者が資格喪失後の分婉のとき.....現在加入している健康保険についてご記入ください 被扶養者(家族)が認定日より6ヶ月以内に分婉したとき.....分婉6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください						
	保険者名称(健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険		保険証記号・番号	—		
	被扶養者(家族)の分婉で分婉前6ヶ月以内に会社で勤務していたときその勤務先			TEL (健康保険)	( )		
	退職後の請求の場合本人名義の振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店支店 出張所	金融機関番号	店舗番号	口座番号	
	分婉年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 ( 妊娠 週 日 )			
出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )	備考					
上記のとおり相違ないことを証明する。 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					
本請求により支給される出産育児一時金(家族出産育児一時金)等の受領に関する下記を委任します。			令和 年 月 日提出				
委任状	所在地 事業所名称 事業主名称	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red;">           事業主証明印を、事業所健保窓口にて、ご記入いただいで下さい。         </div>		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red;">           特例退職(保険証の記号30)及び、任意継続(保険証の記号19)の方は記入不要。         </div>			
	委任者氏名	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red;">           被保険者の署名が必要です。         </div>		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red;">           .....            受付日付印         </div>			

該当する方は記入して下さい  
いずれかの証明をもらってください