

支給決定額	円
-------	---

常務理事	事務局長	主任	係

平成 年 月 日 支給決定
平成 年 月 日 支 給

記入上の注意

(被保険者・家族) 出産育児一時金支給請求書

被 保 険 者 記 入 欄	①保険者証の記号・番号	—	②被保険者の氏名印	印	
	③被保険者の現住所	〒			
	④事業所の名称		⑤被保険者の標準報酬月額	千円	
	⑥出産年月日	平成 年 月 日	⑦死産のときはその旨		
	⑧出産した場所	医療施設等の名称			
		医療施設等の所在地			
	⑨被扶養者の出産であるときは その氏名、生年月日		昭和 年 月 日生		
	⑩出生児の氏名・続柄		⑪出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で(ある・ない)	
⑫出生児が被扶養者でない理由					
⑬備考					
委 任 状	⑭上記の金額の受領を 平成 年 月 日	に委任します。			
		被保険者	印		
⑮振込希望の金融機関					

法令出版健康保険組合理事長 殿

医師・又 は助産 婦・又は 市町村 長が証 明する ところ	⑯出産年月日	平成 年 月 日	⑰生産・死産の別	生産・死産(妊娠第 週)	
	⑱出産に関し 健康保険入院の有無	有・無	⑲健康保険で給付 される入院の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	⑳出生児の数	単体・多胎(児)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 市区町村長名 印				

I 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が出産したときは「被保険者」を被扶養者が出産したときは「家族」を○印で囲んで下さい。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院・診療所または助産所などの医療施設名を記入してください。なお、自宅出産の場合は、その旨記入して下さい。
3. ⑨欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩欄には、多胎出産のときは、それぞれの氏名を記入して下さい。
5. ⑬欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」等のことを記入して下さい。
6. ⑮欄は、任意継続被保険者のみ記入して下さい。

II 医師、助産婦または市区町村への注意事項

1. ⑰欄は、該当する項目を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇週であったかを記入して下さい。
2. ⑱欄は出産に関し入院した場合において、その入院が健康保険の療養の給付の扱いであったか否かの別を記入して下さい。