極秘

直接支払制度　無

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費 付加給付費	目	出産育児一時金 出産育児一時金付加金	課長	課長代理	係長	主任	係

支給決定並支出伺	支給（出）金額合計	円	出産年月日	令和　年　月　日	資格	取得	昭・平・令　年　月　日
	法定給付額	円	備考欄	産科医療補償　有・無		喪失	令和　年　月　日
	付加給付額	円				期間	□1年以上／□1年未満
	支給決定日	令和　年　月　日			標準報酬月額		千円
	支払年月日	令和　年　月　日					

※組合使用欄

被保険者
家　族

出産育児一時金・付加金請求書

被保険者又は請求者が記入する欄	被保険者の	記号		番号		被保険者の氏名	昭・平・令　年　月　日生
	被保険者の住所及び電話番号	〒				電話	（　　）
	出産年月日	令和　年　月　日	生産・死産の別（いずれかに〇）	生産・死産（妊娠　週　日）	出産児の数	単胎・多胎（　児）	
	被扶養者が出産した場合その被扶養者の氏名			生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日		
	・資格喪失後に家族の被扶養者となったときは、その被保険者の ・被扶養者が被保険者であったときは、その当時の被保険者の			保険者名	（　　）		
				記号・番号	（　　）		
				保険者の連絡先	（　　）		
	備考欄						

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。（マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

医師・助産師または市区町村長の証明する欄	出産年月日	令和　年　月　日	出生児の数	単胎・多胎（　児）		
	生産・死産の別	生産・死産	妊娠経過期間	週　日		
	上記のとおりの内容に相違ないことを証明します。 令和　年　月　日	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名		電話　（　　）		
	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
	上記のとおりの内容に相違ないことを証明します。 令和　年　月　日	市区町村名		電話　（　　） ㊞		

受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。　※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。			
	被保険者（請求者）の氏名と印	令和　年　月　日 ㊞	代理人住所 代理人氏名と印 代理人連絡先	㊞ 電話　（　　）

振込先指定口座	金融機関コード		店番号		預金種別	普通・当座	口座番号	
		□銀行 □金庫 □組合		□本店 □支店	口座名義人（カタカナ）			
	☐　ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、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。 （受取代理人を指定する場合は利用できません。）							

受付日付印

☑提出前にご確認下さい（次の2点が必要です）☑

- ☐ 直接支払制度合意文書の「写し」（出産前に医療機関等と取り交わします）
- ☐ 領収・明細書の「写し」（産科医療補償制度該当の場合はスタンプ等が確認できるものが必要です）

社会保険労務士記載欄

神奈川県医療従事者健康保険組合　2025.1