

※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	※組合 使用 欄	
支給決定並支出 支	支給(出)			円	出 産	令和							
金額合計				円	年 月 日	年 月 日	資	取得	昭・平・令	年 月 日			
法定給付額				円	備		喪	失	令和	年 月 日			
付加給付額				円	考		格	期間	□1年以上/□1年未満				
支給決定日					考								千
支年月日					備							円	

記入例:被扶養者が出産した時

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	被保険者証の 記号	2 3 1 2	番号	1 0 0 0 0	被保険者の 氏名	健康 太郎	
	被保険者の住所 及び電話番号	〒231-0000			電話	045 (〇〇〇) 〇〇〇	
	出生年月日	令和 5 年 12 月 24 日	生産・死産の別 (いずれかに〇)	生産・死産 (妊娠 39週)	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	健康 みどり		生年月日	昭和 平成 令和	7年〇〇月〇〇日	
資格喪失後に家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の 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証の				保険者名 ()			
				記号・番号 ()			
				保険者の連絡先 ()			
備考欄							

市区医師 町村・助 産師 証明する は欄	出生年月日	令和 6 年 〇 月 〇 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	10 ヶ月 2 週	
	上記のとおりの内容に相違ないことを証明します。		医療施設の 名称・所在地	電話 045 (〇〇〇) 〇〇〇	
	令和 6 年 〇 月 〇 日	医師・助産師名	〇〇産婦人科 山田太郎		
本籍	横浜市中区長者町〇〇一〇〇		筆頭者氏名	健保 太郎	
出生届出日	令和 6 年 1 月 10 日	出生児氏名	健保 準人	出生年月日	令和 6 年 12 月 24 日
上記のとおりの内容に相違ないことを証明します。		電話	045 (〇〇〇) 〇〇〇		
令和 6 年 〇 月 〇 日	市区町村町名	横浜市中区長			

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		医師・助産師または市区町村 長のどちらかで証明を記入
	この欄は下記に記入いただく口座が 被保険者本人の口座である場合はご記入不要です		
被保険者の氏名	代理人連絡先		電話 ()

振込先 指定 口座	金融機関コード	1 2 3 4	店番号	5 6 7	預金種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	健康	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	関内	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	口座名義人 (カタカナ)	ケンコウ タロウ		
<input type="checkbox"/> 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。)								

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」(分娩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
