

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
標準報酬月額	円(第 級)

支給支払決議書				
理事長	常務理事	事務長	担当者	担当者
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			
支払年月日	年 月 日			

被保険者 家族 出産育児一時金請求書

①被保険者 記号・番号		②事業所の名称		③被保険者の 標準報酬月額	円
④被保険者の 氏名				⑤被保険者の 生年月日	年 月 日
⑥分娩年月日	年 月 日			⑦死亡のときは その旨	
⑧分娩した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地	〒			
⑨家族の分娩であるときは その氏名・生年月日				年 月 日	
⑩出生児の氏名				⑪出生児の 生年月日	年 月 日
⑫出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で	ある	⑬出生児が被扶養者で ないときはその理由		
⑭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	
⑮振込希望の銀行	銀行		支店(普通)	口座名義(カナ)	
⑯備考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 麻生健康保険組合理事長 殿					

⑰委任状	私は	年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金) 円也の受領に関する事。
	金	年 月 日	
		被保険者の住所 〒 氏名	
		代理人の住所 〒 氏名	
⑱振込希望の銀行	銀行		支店(普通) 口座名義(カナ)

医師・助産師又は市区町村が証明する欄	⑲分娩年月日	年 月 日	⑳生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	㉑出生児の数	単胎・多胎( 児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名					
	㉒本籍				㉓筆頭者氏名	
	㉔出生届出日	年 月 日	㉕出生児氏名		㉖出生年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村名					

(記入上の注意)

## I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは、「家族」を○で囲んでください。
2. ⑧欄の分娩した場所は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。  
(なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)
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、⑪欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄は、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を、出産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、○○時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「出産育児一時金(家族出産育児一時金)」の文字で不要なものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

## II. 医師、助産師又は市区町村への注意事項

⑳欄は、該当する文字を○で囲み、死産の場合は、妊娠第○月又は第○週であったかを記入してください。