

被保険者出産育児一時金  
健康保険 **家族出産育児一時金** 請求書  
出産育児附加金

|    |                 |
|----|-----------------|
| 受付 | 令和 年 月 日<br>第 号 |
|----|-----------------|

|  |                          |                |             |          |  |            |              |
|--|--------------------------|----------------|-------------|----------|--|------------|--------------|
| 本<br>人<br>記<br>入<br>欄                              | 被保険者証の<br>記号番号           | ○-○○○○         | 資格          | 取得<br>喪失 | 昭和 年 月 日<br>令和 年 月 日                         | 標準報酬<br>月額 | 千円<br>○○○    |
|  | 分べんの日                    | 令和 ○○年 ○○月 ○○日 | 生産・死産の別     | 生産<br>死産 | 死産(妊娠<br>カ月)                                 |            |              |
|  | 入院して分べんしたときは<br>その病院・産院名 | 名称             | ○×総合病院      |          |  | 入院費用<br>の別 | 健保・自費<br>その他 |
|  |                          | 所在地            | ○○県○○市○○町○○ |          |  |            |              |
|  | 出生児                      | 氏名             | 京葉 一郎       |          |  | 被保険者との続柄   | 長男           |
| 家族(配偶者)分べんによる<br>請求であるとき                           | 家族(配偶<br>者)氏名            | 京葉 花子          |             |          | 生年月日<br>昭<br>平                               | ○○年○○月○○日  |              |
| 妻が被扶養者<br>に承認後<br>6ヵ月以内の<br>分べんの<br>場合は妻に<br>関した状況 | 事業所名                     | 被保険者証の記号番号( )  |             |          | 被扶養者に承認される前に加入していた<br>健康保険は                  |            |              |
|  | 事業所<br>所在地               |                |             |          | イ 国民健康保険に加入していた<br>ロ 親等の被扶養者であった<br>ハ その他( ) |            |              |
|  | 期間                       | 年 月 ~ 年 月      |             |          |  |            |              |
| 事業所名   |                          |                | 受取金融機関      | 支店 普通預金  |  |            |              |

上記により ￥ ○○,○○○ を請求します。

令和 ○○年 ○○月 ○○日  
京葉銀行健康保険組合理事長 殿

被保険者 住 所 千葉県千葉市○○区○○町○○  
氏名 京葉 太郎 

|  |  |          |              |                   |
|--|--|----------|--------------|-------------------|
| 医師<br>又<br>は<br>助産<br>婦<br>が<br>証明<br>する<br>ところ                              | 分べんした<br>年 月 日   | 令和 年 月 日 | 生産又は<br>死産の別 | 出産・死産(妊娠<br>カ月・週) |
|  | 出生時の数  | 単胎・多胎(児) | 備考           |                   |
|  | 上記の通り相違ないことを証明する。<br>令和 年 月 日<br>医療施設の名称・所在地<br>医師・助産婦名 <span style="float: right;">印</span> |          |              |                   |
| 市<br>町<br>村<br>長<br>が<br>証明<br>する<br>ところ                                     | 本籍   |          |              | 筆頭者氏名             |
|  | 出生届月日  | 令和 年 月 日 | 出生児氏名        | 出生年月日             |
| 上記の通り相違ないことを証明する。<br>令和 年 月 日<br>市区町村長名 <span style="float: right;">印</span> |  |          |              |                   |

|               |                              |         |           |   |  |       |     |   |
|---------------|------------------------------|---------|-----------|---|--|-------|-----|---|
| 組合<br>記入<br>欄 | 下記金額の支給決定を承認します。<br>令和 年 月 日 |         |           |   |  | 常務理事  | 事務長 | 係 |
|               | 支給決定箇                        | 令和 年度   | 出産育児一時金   | 円 |  | 支給決定額 | 円   |   |
|               |                              |         | 家族出産育児一時金 | 円 |  |       |     |   |
|               |                              | 出産育児附加金 | 円         |   |  |       |     |   |

注) 「医師又は助産婦が証明するところ」「市区町村長が証明するところ」の欄は、「医師、助産婦」か「市区町村長」のどちらか一方の証明を受けてください。  
注) 「産科医療補償制度」に加入していることを証明するスタンプが押された「領収書」の写しを添付してください。