

健康保険 家族出産育児一時金 請求書
出産育児附加金

受	令和	年	月	日
付	第			号

本人記入欄	被保険者証の 記 号 番 号	○-○○○○	資 格	取得 喪失	昭和(平成)令和	○○年○○月○○日	標準報酬 月 額	千円 ○○○	
	分 べ ん の 日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	生産・死産の別		生産・死産(妊娠 ヲ月)				
	入院して分べんしたときは その病院・産院名	名 称	○×総合病院				入院費用 の 別	健保・自費 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 請求であるとき	家族(配偶 者)氏名	京葉 花子				生年月日	昭平 ○○年○○月○○日	
	妻が被扶養者 に承認後 6ヵ月以内の 分べんの 場合は妻に 関した状況	承認前に勤務していた場合					承認前に勤務していなかった場合		
		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 健康保険は	
		事業所 所在地						イ 国民健康保険に加入していた ロ 親等の被扶養者であった 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 至 ○○,○○○ 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 (京葉)

医師又は助産婦が証明するところ	分べんした 年 月 日	令和 年 月 日	生産又は 死産の別	出産・死産(妊娠 ヲ月・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。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 印				
市区町村長が証明するところ	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	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印				

組合記入欄	下記金額の支給決定を承認します。 令和 年 月 日				常務理事	事務長	係
	支給決定伺	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。