

支給内訳	支給金額	円
記入不要		
資格	取得日	年月日
	喪失日	年月日
標準報酬月額		

常務	支給内訳	円
記入不要		

直接支払制度等を利用せず、すべての費用を自分で支払った場合はこちらを使用して下さい。

どちらかに○
被保険者...ご本人
被扶養者...ご家族

被保険者 出産育児一時金(付加金)請求書

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号・氏名	記号 123 - 番号 456789 氏名 健康 花子	被保険者が勤務する(していた)事業所	名称 〇〇株式会社 所在地 〇〇県××市△△ 1-2-3	
	被扶養者の方の分娩のときその方の	被扶養者の分娩の場合、その方の氏名・生年月日を記入			
	出産状況	分娩日 平成 21 年 5 月 15 日	死産児数 1 人	生産・死産の別 生産 死産	妊婦経過期間 か月又は 41 週
	出生児の状況	氏名 健康 花太郎	被保険者との続柄 長男	被扶養者となるか ハイ イエ	左記イエのときその理由 夫の扶養となるため
	被保険者であった者が分娩した場合、夫(扶養者)に関する状況	被保険者が、退職後6ヶ月以内に出産した場合は、ここに記入		子供が、被扶養者とならない場合の理由	
	妻(家族)が被扶養者に承認後6ヶ月以内の分娩の場合	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		
	妻に関する状況	事業所名称	被扶養者に承認される前に加入していた健康保険は イ. 国民健康保険に加入 ロ. 親等の被扶養者 ハ. その他()		
	振り込み希望の金融機関名	銀行 〇〇 金庫 ×× 組合	本店 普 〇〇 支店 当	口座番号 1234567	口座名義 健康 花子
	上記の通り申請します。被保険者名義の口座				
	京葉ガス健康保険組合理事長殿 被保険者の住所 〇〇県△△市××町 1-2-3 氏名 健康 花子 提出日 H 24年 5月 20日				

委任状
被保険者以外の方が受領する場合のみ記入 振込先口座は代理人名義のものを記入し、被保険者との続柄が証明できる書類を添付してください 例:住民票(世帯全員・続柄記載)・戸籍謄本

医師・助産師又は市町村長が証明する欄	分娩年月日	生産・死産の別	妊婦経過期間	出生児の数
	年 月 日	生産・死産	(月 又は 第 週)	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明する			
	病院から証明して貰う欄			
出生届出日	出生児氏名	出生年月日	筆頭者氏名	
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				印

* 申請者以外の者が受領するときは上記、委任状記入、振込先は代理人口座を記入して下さい

★精算時に病院から発行された領収明細書のコピーを必ず添付して下さい。★