

| | | | | |
|-------|---------|---|---|---|
| 決裁年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 伺年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 総支給額 | | | | 円 |
| 支給内訳 | 出産育児一時金 | | | 円 |
| | 出産育児付加金 | | | 円 |
| 分娩年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |

| | | | |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 会計 | 扱者 |
| | | | |
| 資格取得 | 平成 | 年 | 月 日 |
| 資格喪失 | 平成 | 年 | 月 日 |

被保険者 出産育児一時金
 家族 出産育児付加金

請求書

平成 年 月 日提出

| | | | | |
|--|---------------------|-------------------|-----------|-------------------------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号・番号 | 被保険者の氏名と押印 | | 印 |
| | 被保険者の住所 | 被保険者の 生年月日 | | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 事業所の名称 | 分娩した当時の 標準報酬月額 | | 千円 |
| | 分娩年月日 | 平成 年 月 日 | 死亡のときはその旨 | |
| | 分娩した場所 | 医療施設等の名称 | | |
| | | 医療施設等の所在地 | | |
| | 家族の分娩である ときはその者の | 氏名 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 出生児の氏名 | 被保険者と出生児 の 関 係 | | 出生児が被保険者の被扶 養者であるかどうか ある ・ ない |
| 出生児が被扶養者でない ときはその理由 | 備考 | | | |

| | | | | | |
|--|---|-------------|---------|-----------------|----------|
| 医 村 長 ・ 助 産 師 証 明 は す る 市 区 町 欄 | 分娩年月日 | 平成 年 月 日 | 生産・死産の別 | 生産 ・ 死産 (妊娠第 月) | |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎 (児) | | 備考 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 | | | | 印 |
| | 本籍 | 筆頭者氏名 | | | |
| | 出生届出日 | 平成 年 月 日 | 出生児氏名 | 出生年月日 | 平成 年 月 日 |
| | 上記のとおり相違ないことを証する。 平成 年 月 日 市区町村長名 | | | | 印 |

| | | | |
|-------------|-----|--|----------|
| 委 任 状 | 私は、 | を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金) | 平成 年 月 日 |
| | 金 | 円を受領方を委任します。 | |
| | | 住所 被保険者 氏名 | 印 |
| | | 住所 事業主 氏名 | 印 |

| | | | |
|-------------|------------------------|----------------|----------|
| 振 込 先 | 資格喪失後 (退職後) の請求の場合のみ記入 | | |
| | 金融機関名 | 種別・口座番号 | 普通 当座 |
| | 支店名 | (フリガナ) 口座名義 | |

受付日付印

添付書類 ①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書 (写)
 (産科医療補償対象分娩である場合は、所定のスタンプが押印されていること)
 ②医療機関等と交わした「直接支払制度合意文書」 (写)