決裁年月日	令和　　年　　月　　日							
伺年月日	令和　　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	令和　　年　　月　　日							

常務理事	事務長	会計	扱者
資格取得	令和　　年　　月　　日		
資格喪失	令和　　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

令和　　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			
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	令和　　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			

医師・助産師または市区町村長が証明する欄

分娩年月日	令和　　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。 令和　　年　　月　　日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				
本籍		筆頭者氏名		
出生届出日	令和　　年　　月　　日	出生児氏名		出生年月日　令和　　年　　月　　日
上記のとおり相違ないことを証する。 令和　　年　　月　　日 市区町村長名				

委任状

私は、　　を代理人と定め、令和　　年　　月　　日に請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）金　　円の受領方を委任します。　令和　　年　　月　　日

被保険者　住所　氏名

事業主　住所　氏名

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）