

受 付 年 月 日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
決 裁 年 月 日	年 月 日
支 給 額	円
支給内訳	出産育児一時金 円
	出産育児付加金 円
標準報酬額	円 (第 級)

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

所属営業所 担当印	印
--------------	---

被保険者
家 族 出産育児一時金 (付加金) 請求書

① 被保険者証の 記号・番号	記号000-番号0000	② 事業所の名称	株式会社〇〇〇	③ 被保険者の 標準報酬額	30万 円
④ 被保険者の 氏名	健康 太郎		⑤ 被保険者の 生年月日	XX年 XX月 XX日	
⑥ 出産年月日	XX年 XX月 XX日		⑦ 死亡のとき はその旨		
⑧ 出産した場所	医療施設等 の名称	〇〇〇病院			
	医療施設等 の所在地	〒123-4589 〇〇県△△市□□町456			
⑨ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日	健康 花子		XX年 XX月 XX日		
⑩ 出生児の氏名	健康 華		⑪ 出生児の 生年月日	XX年 XX月 XX日	
⑫ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある ない	⑬ 出生児が被扶養者 でないときはその理由			
⑭ 他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている		受けていない		
⑮ 被保険者の口座	◇◇ 銀行		▽▽ 支店 (普通	000000	フリガナ ケンコウ タロウ 口座名 健康 太郎
⑯ 備考					
上記のとおり申請します。 XX年 XX月 XX日 ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所〒123-4589 〇〇県△△市□□町456 氏名 健康 太郎 健康印					

⑰ 委任状	私は 年 月 日 請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金) ・ 出産育児 付加金 (家族出産育児付加金) のうち 円也の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 印 代理人の 住所〒 氏名 印				
	⑱ 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通)			

⑲ 領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 ポーラ・オルビスグループ 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所〒 氏名 印				
-------	--	--	--	--	--

⑳ 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	㉔ 出産年月日	年 月 日	㉕ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	㉖ 出生児の数	単胎・多胎 (児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 印					
	㉗ 本籍			㉘ 筆頭者氏名		
	㉙ 出生届出日	年 月 日	㉚ 出生児 氏名	㉛ 出生 年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 区市町村長名 年 月 日 印						

〔記入上の方法〕

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。（なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。）
3. ⑨欄は、被保険者（本人）の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪の欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。（直接支払制度又は、受取代理制度ご利用の場合は、申請の必要はありません。）
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが、間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「出産育児一時金（家族出産育児一時金）・出産育児付加金（家族出産育児付加金）」の文字で不要のものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。
12. ⑲欄は、被保険者（本人）が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

㉒欄は、該当する文字を○印で囲み、妊娠第○月又は第○週であったかを記入してください。

III. 「産科医療補償制度」 に加入している医療機関で分娩した 場合、

その旨を証明するスタンプ が押印された出産費用領収書の写し を添付してください。