

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	

**被保険者  
家 族 出産育児一時金(付加金)請求書**

被保険者証の 被 記 号 ・ 番 号	事業所の名称	被 保 険 者 の 標 準 報 酬 額	円
被 保 険 者 の 氏 名	被 保 険 者 の 生 年 月 日	年 月 日	
分 娩 年 月 日	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 その氏名・生年月日		年 月 日	
出 生 児 の 氏 名	出 生 児 の 生 年 月 日	年 月 日	
出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か	被 扶 養 者 で あ る な い	出 生 児 が 被 扶 養 者 で な い と き は そ の 理 由	
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
振 込 希 望 の 銀 行	銀行 支店 ( 普 通 当 座 )		
備 考			
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 印 油研健康保険組合理事長 殿			

委 任 状	私は 年 月 日 代理人と定め、次の権限を委任する。 付加金(家族出産育児付加金)のうち 金 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
振込希望の銀行	銀行 支店 ( 普 通 当 座 )	

領 収 書	金 円也但し うへの金額を領収いたしました。 年 月 日 油研健康保険組合理事長 殿 受領者 住所〒 氏名 印
-------	--

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	分娩年月日	年 月 日	① 生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 第 月 又 は 第 週 )		
	② 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					
	③ 本 籍		④ 筆頭者氏名			
	⑤ 出生届出日	年 月 日	⑥ 出生児 氏 名	⑦ 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。 年 月 日 区市町村長名 印					

## 〔記入上の方法〕

### ・被保険者への注意事項

- 1 . 標題は被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を 印で囲んでください。
- 2 . 欄の分娩した場所は、分娩した病院、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、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。）
- 3 . 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 . 、 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 . 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 . 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。
- 7 . 欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、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、 時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
- 8 . 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 欄に受領委任した金額を記入してください。
- 10 . 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）を添付してください。

### ・医師、助産師又は市区町村長への注意事項

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