

科目	法定	款	項	目
	付加	款	項	目
期日				
支給額	法定	円		
	付加	円		
	合計	円		

承認印	常務理事	事務長	係

資格	得	
	喪	

出産育児一時金(付加金)請求書

被保険者が記入する欄	①請求書 提出年月日	令和 年 月 日		* この請求書には添付書類が必要です。	
	②被保険者証の 記号・番号	記号	番号	③被保険者 氏名	印
	④被保険者現住所 電話番号	〒 日中連絡の取れる電話番号() <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他			
	⑤出生児氏名	⑥出生 年月日	平成 年 月 日 令和	⑦続柄	
	被扶養者(家族)が出産した場合の申請であるとき				
⑧被扶養者氏名	⑨続柄		⑩出生児は 被保険者の扶養に	入る・入らない	
⑪振込先口座 (被保険者名義)	銀行名	コード *健保記入	口座番号	1.普通 2.当座	
	支店名	コード	名義 (カタカナ)		

医師・助産師または市区町村長記入欄	①出産者 氏名	②出産した 年月日	平成 年 月 日 令和	
	③生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)	④出生児の数 単胎 ・ 多胎 (児)	
	⑤上記の通り相違ないことを証明する。			証明日 令和 年 月 日
	医療機関所在地 医療機関名 医師氏名			印
	(1)本籍	(2)筆頭者氏名		
	(3)出生児 氏名	(4)母の 氏名	(5)出生 年月日	平成 年 月 日 令和
⑥上記の通り相違ないことを証明する。			証明日 令和 年 月 日	
市区町村長名			印	

令和1年6月改訂

受付日付印

【個人情報の取り扱いについて】

本請求書に記入された個人情報は、本請求書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。