

支払 決議 書	常務理事	事務局長	事務局次長	業務課長	係長	同年月日	取得年月日	年 月 日
							喪失年月日	年 月 日
	法定給付					円	出産年月日	年 月 日
	付加給付					円	出生児の数 単胎・多胎(児)	生産または死産の別 生産・死産(妊娠週)

※備考

被保険者
家族

出産育児一時金・付加金請求書

添付書類
① 領収・明細書の写し
② 医療機関から交付される直接支払制度についての合意文書の写し
③ 海外出産の場合は、渡航歴の分かる書類（パスポート写し等）並びに同意書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号番号	—			事業所の名称						
	出産年月日	令和	年	月	日	出産児数 人	死産児数 人	妊娠経過期間	妊娠 在胎数週 ヶ月 週		
	出産した 医療機関等	名称				所在地	〒 —				
	出産者	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.被扶養者		被保険者と出生 児との関係		出生児が被保険者の被扶 養者であるかどうか		1. ある 2. ない			
	家族が出産したとき はその方の	氏名				続柄	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	下記、被保険者として請求の場合は㉔、家族として請求の場合は㉕をそれぞれ該当の場合記入してください。										
	㉔ 被保険者が退職後6カ月以 内に出産したときは現在加 入している保険 (現在の被保険者証)	記号	番号			保 険 者 名	全国健康保険協会 _____ 支部 健康保険組合 共済組合 市区町村				
	㉕ 家族が出産日前6カ月前の 間に勤務していたことがある ときはそのときに加入してい た保険	記号	番号			保 険 者 名	全国健康保険協会 _____ 支部 健康保険組合 共済組合 市区町村				
	㉔ ㉕ に該当するときはその保険から出産育児一時金の給付を受けているか						1, 受けた/受ける予定 2, 受けない				

上記のとおり請求します。 請求年月日 年 月 日

川口工業健康保険組合理事長 殿 電話番号 ()

被保険者の住所

被保険者の氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日

委任状 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)
事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。
被保険者の氏名

※退職後等の請求で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。

の 医 師 明 す る と こ ろ	出産者氏名				出産年月日	平成 令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎(児)		生産または死産の別	生産・死産(妊娠週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	年 月 日	医療施設の所在地	医療施設の名称		医師・助産師の氏名 電話番号 ()	
本籍					筆頭者名	
母の氏名					出生年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。						
年 月 日	市区町村長名					

社会保険労務士記入欄

決裁日付印 受付日付印