

添付書類 1) 直接支払制度に関する合意文書 (写)
2) 出産費用の領収・明細書 (写)

支給 内訳	出産育児一時金	円
	出産育児一時金付加金	円
代理受取額		円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当者
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

記入なし

① 被保険者証の 記号・番号	1-1234	② 事業所の名称	アコム株式会社	③ 被保険者の 標準報酬額	円
④ 被保険者の 氏名	健康 太郎	⑤ 被保険者の 生年月日	昭和 XX 年 5 月 5 日		
⑥ 出産年月日	平成 XX 年 5 月 5 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	◇◇◇病院			
	医療施設等 の所在地	〒999-1919 ○○県○○市○○199			
⑨ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日	健康 華子	昭和 XX 年 3 月 3 日			
⑩ 出生児の氏名	健康 卓巳	⑪ 出生児の 生年月日	平成 XX 年 5 月 5 日		
⑫ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある	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 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通当座)				
⑯ 備考					
上記のとおり申請します。 XX 年 XX 月 XX 日 住所 〒123-4567 ○○県○○市○○1-2-3 被保険者の 電話 XX-XXXX-XXXX 氏名 健康 太郎					

健康

在職者は記入不要 (給与口座振込)、
退職者は希望する本人口座を記入してください。

⑰	金 円色の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 代理人の 住所〒 氏名	産育児一時金)・出産育児一時金	アコム印可
⑱	振込希望の銀行	銀行 支店 (普通当座)	

⑲	領収書 金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 アコム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	⑳ 出産年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	㉒ 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				
	㉓ 本籍		㉔ 筆頭者氏名		
	㉕ 出生届出日	年 月 日	㉖ 出生児 氏名	㉗ 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〕

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。
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)・出産育児一時金付加金(家族出産育児一時金付加金)」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

- ㉑欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。