

受 付 年 月 日	令和 年 月 日
伺 年 月 日	令和 年 月 日
決 裁 年 月 日	令和 年 月 日
支 給 額 ① + ②	
支 給 内 訳	① 出 産 育 児 一 時 金
	② 出 産 育 児 一 時 金 付 加 金
直 接 支 払 制 度 記 入 欄	支 払 機 関 収 納 日
	代 理 受 取 額
	差 額 支 給 額

支 給 支 払 決 議 書			
常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	担 当 者
資 格 取 得 日	年 月 日		
資 格 喪 失 日	年 月 日		
支 払 年 月 日	令和 年 月 日		

被 保 険 者 □ 出 産 育 児 一 時 金 内 払 金 支 払 依 頼 書  
 家 族 □ 出 産 育 児 一 時 金 ( 付 加 金 ) 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	① 直 接 支 払 制 度 無 利 用 の 有 無	直接支払制度を <input type="checkbox"/> 利用した <input type="checkbox"/> 利用していない		
	② 被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	③ 事 業 所 名
	④ 被 保 険 者 の 氏 名	⑤ 被 保 険 者 の 生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成
	⑥ 出 産 年 月 日	令和 年 月 日		
	⑦ 出 産 し た 場 所	医療施設等の 名 称		
		医療施設等の 所 在 地		
	⑧ 家 族 ( 被 扶 養 者 ) の 出 産 であるときはその方の氏名	⑨ 家 族 ( 被 扶 養 者 ) の 生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成
	⑩ 出 生 児 の 氏 名	⑪ 出 生 児 の 生 年 月 日		令和 年 月 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 振 込 希 望 の 銀 行	銀行 支店 ( 普通 当座 )		

上記のとおり申請します。  
 令和 年 月 日 円 -  
 被 保 険 者 の 住 所 氏 名  
 サクサ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 ・ 社 会 保 険 事 務 担 当 者 記 入 欄	⑮ 私は、乙 ( ) を代理人と定め、次の権限を委任します。 令和 年 月 日 請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児一時金付加金 (家族出産育児一時金付加金)のうち、金 円 の受領に関する事。 令和 年 月 日 (被保険者)の 住 所 〒 - 氏 名 乙(代理人)の 事 業 所 住 所 〒 - 氏 名		
-----------------------------------	--	--	--

医 師 欄 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明	⑯ 出 産 年 月 日	令和 年 月 日	⑰ 生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 第 月 又 は 第 週 )
	⑱ 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。 令和 年 月 日 医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地 〒 - 医 師 ・ 助 産 師 名			
	⑲ 本 籍	⑳ 筆 頭 者 氏 名		
	㉑ 出 生 届 出 日	令和 年 月 日	㉒ 出 生 児 氏 名	㉓ 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。  
 令和 年 月 日  
 市 区 町 村 長 名 印

## 【医師・助産師又は市区町村長が証明する欄】

被保険者は、医師・助産師又は市区町村長の証明を受けてください。  
※ 直接支払制度を利用した場合は出生に関する証明は不要です。

## 【添付書類】

医療機関から交付された

- ① 直接支払制度活用に関する合意文書の写し
- ② 出産費領収・明細書の写し

＜当健保の扶養認定後6ヶ月以内の出産について出産育児一時金を請求される方＞

従前加入していた医療保険者から、出産育児一時金の不支給証明書を発行してもらい、添付してください。

※ 従前加入していた保険が国民健康保険だった方や以前も家族の被扶養者だった方は、不支給証明書の添付は不要です。

## 【記入上の注意】 被保険者記入欄

1. 被保険者が出産したときは、「被保険者」を、被扶養者が出産したときは「家族」を○で囲んでください。直接支払制度を利用して出産した場合は、「出産育児一時金内払金支払依頼書」、直接支払制度を利用せずに出産した場合は「出産育児一時金(付加金)請求書」に■をつけてください。
2. ①欄は、直接支払制度の利用について該当するほうに■をつけてください。
3. ⑩、⑪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。
4. ⑫欄は、出産した方の被扶養者であるかどうかを○で囲んでください。女性被保険者等で、出生児が配偶者の被扶養者となる場合は、「ない」に○をします。この場合⑬欄は、「配偶者の扶養」等ご記入ください。
5. ⑭欄は、退職者のみ記入してください。任意継続被保険者の方は、任意継続資格取得申請書に記入の口座へ振込みます。
6. ⑮欄は、委任状欄です。事業所を経由して支給するため、退職者・任意継続被保険者等直接振込み以外の方は必ずご記入をお願いします。

## 【社会保険事務担当者の方へ】

1. ⑮欄は、委任状欄です。退職者、任意継続被保険者等本人へ直接振り込む場合を除き、乙(代理人)欄のご記入をお願いします。
2. 記入もれや添付書類をご確認のうえ、健康保険組合へご提出ください。