

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書
伺決	<p>記入例 ●家族(被扶養者)が直接支払制度を利用せず出産した場合</p> <p>⇒「出産育児一時金(付加金)請求書」にて出産育児一時金と付加金を請求</p>	
支内		
直接支払制度記入欄	支払機関 収納日	資格喪失日 年 月 日
	代理受取額	差額支給額
	海外で出産した方や直接支払制度を利用しなかった方は、出産育児一時金(付加金)請求書	

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)請求書

被保険者記入欄	① 直接支払制度利用の有無	直接支払制度を <input type="checkbox"/> 利用した <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない					
	② 被保険者の記号・番号	記号	10	番号	1234	③ 事業所名	サクサ株式会社
	④ 被保険者の氏名	△△ 太郎		⑤ 被保険者の生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日	平成	
	⑥ 出産年月日	令和 6 年 10 月 24 日					
	⑦ 出産した場所	医療施設等の名称	□□□ レディースクリニック				
		医療施設等の所在地	東京都千代田区〇〇 1-4-20				
	⑧ 家族(被扶養者)の出産であるときはその方の氏名	△△ 花子		⑨ 家族(被扶養者)の生年月日	昭和 5 年 10 月 1 日	平成	
	⑩ 出生児の氏名	△△ 大輔		⑪ 出生児の生年月日	令和 6 年 10 月 24 日		
	⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	<u>ある</u>	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	<input type="checkbox"/> (普通) <input checked="" type="checkbox"/> 在職者の方は事業主を通して支給しますので記入不要です					
	上記のとおり申請します。						
	令和 6 年 10 月 28 日 千 000 - 0000						
	被保険者の住所 東京都〇〇市□□□ 1-3-5						
	氏名 △△ 太郎						
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(<u>社会保険事務担当者氏名を記入</u>)を代理人と定め、次の権限を委任します。
	令和 6 年 10 月 28 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 _____ 円の受領に関すること。
	令和 6 年 10 月 28 日
	(被保険者の) 住所 千 000 - 0000 東京都〇〇市□□□ 1-3-5 氏名 △△ 太郎
乙(代理人)の 事業所住所 千 _____ 氏名 <u>【社会保険事務担当者の方】ご記入をお願いします</u>	

医師・助産師又は市区町村長が証明する	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 出生児の数を				
	上記のとおり	<p>直接支払制度を利用しなかった場合は、医師・助産師または市区町村長の証明をもらってください</p> <p>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</p> <p>②出産費領収・明細書の写しを添付してください</p>			
	⑲ 本籍				
	⑳ 出生届出日	年 月 日	氏名	年 月 日	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					

【個人情報の取り扱いについて】出産育児一時金請求により取得した個人情報は、利用目的を特定しており、目的の範囲を超えての利用は致しません。