

受付年月日	年 月 日	
伺年 月 日	年 月 日	
決裁年月日	年 月 日	
支給額	円	
支給内訳	出産育児一時金	円
	出産育児付加金	円
標準報酬額	円 (第 級)	

支給支払決議書			
常務理事	事務長	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

① 被保険者証の 記号・番号		② 事業所の名称		③ 被保険者の 標準報酬額	円
④ 被保険者の 氏名				⑤ 被保険者の 生年月日	年 月 日
⑥ 出産年月日	年 月 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				
	医療施設等 の所在地	〒			
⑨ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日				年 月 日	
⑩ 出生児の氏名				⑪ 出生児の 生年月日	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 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。 年 月 日 日清オイリオグループ健康保険組合 被保険者の 住所〒 理事長 殿 氏名 印					

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑰ 出産年月日	年 月 日	⑱ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	⑲ 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					
	⑳ 本籍			㉑ 筆頭者 氏名		
	㉒ 出生届 出日	年 月 日	㉓ 出生児 氏名	㉔ 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. 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。
9. お支払いは事業主経由で行ないます。同意されない方がいらっしゃいましたら、当健保までお申出ください。（任継除く）

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

⑱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。