

令和 年度	
款	保 険 給 付 費
項	法 定 給 付 費
目	出 産 育 児 一 時 金
	家 族 出 産 育 児 一 時 金

常務理事	事務局長	係

支給決定日	
-------	--

被 保 険 者
家 族 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

(1) 被保険者証	記号 番号	(2) 事業所の名称	百十四銀行 部店	(3) 標準報酬 月 額	千円
(4) 被保険者の氏名	(5) 生年月日		昭・平・令 年 月 日		
(6) 分娩年月日	令和 年 月 日	(7) 死亡のときは その旨			
(8) 分娩した場所	名 称				
	所在地				
(9) 家族の分娩であるときはその者の	氏 名	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
(10) 出生児が被扶養者であるかどうか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
(11) 出生児が被扶養者でないときはその理由					
(12) 他制度から給付を受けているかどうか	<input type="checkbox"/> 受けている		<input type="checkbox"/> 受けていない		
(13) 払渡希望の銀行	百 十 四 銀 行 本 店 普 通 預 金 No.				
(14) 備 考					

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日 住所
被保険者の
氏名

印

百十四銀行健康保険組合理事長殿

医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄

(15) 分娩年月日	令和 年 月 日
(16) 生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 死産（妊娠第 月又は第 週）
(17) 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎（ 児）

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

住所
(職名)
氏名

印

(注) 被保険者証の記号・番号に代えて、マイナンバーを備考欄に記載できます。
その場合、個人番号等の書類の添付を要する為、当組合に事前連絡して下さい。

備考欄：

(記 入 上 の 注 意)

I. 被保険者への注意事項

- ① 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」に、家族が分娩したときは「家族」に×印を入れてください。
- ② (8) 欄の「分娩した場所」は、分娩した病院、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、自宅分娩のときは、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 (11) 欄には、「配偶者の扶養である」等、具体的に記入してください。
- ⑤ (12) 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 (14) 欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは資格喪失年月日（退職日の翌日）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」などを記入してください。
- ⑦ 医師又は助産婦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。

II. 医師・助産婦又は市区町村長へのお願い

- (16) 欄は、該当する項目に×印を入れ、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。

以 上