

## 記入例(本人が出産した場合)

被保険者 出産育児一時金(差額)  
家族 出産育児一時金付加金 請求書

備考欄	
-----	--

①被保険者等 記号・番号	1-218099	②事業所の名称	株式会社メガネ	③被保険者の標準報酬月額	記入不要
④被保険者の氏名	菊池 良子		⑤被保険者の生年月日	平成 7 年 5 月 10 日	
⑥出産年月日	令和 7 年 4 月 20 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	山田産婦人科			
	医療施設等の所在地	〒○○○-○○○○ 名古屋市中区○○町1-2-3			
⑨被扶養者の出産であるとき			平成 年 月 日		
⑩出生児の氏名	菊池 守	⑪出生児の生年月日	令和 7 年 4 月 20 日		
⑫出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある <small>(ない)</small>	⑬出生児が被扶養者でないときはその理由	夫の被扶養者とする		
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振込希望の金融機関	金融機関名	○○ 銀行・信金		○○	支店
	口座番号	(普通・当座)	1 2 3 4 5 6 7		
	口座名義	(カタカナで記入) キクチ リョウコ			

出産育児一時金付加金を申請します。  
また、出産の費用が出産育児一時金等の額に達しないときは、その差額を出産育児一時金等の内払金として、支払を依頼します。

○○ 年 ○ 月 ○ 日

〒△△△△-△△△△△  
住所 名古屋市東区××町 1-1  
被保険者の 氏名 菊地 良子

キクチ健康保険組 殿

医師・助産師または市町村長が証明するところ	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別	⑯ 生産・死産 (妊娠第 月または第 週)	
	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					
本籍		筆頭者氏名			
出生届出日	年 月 日	出生児氏名	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 印					
市町村長名					

1. 出産された医療機関等から交付される、費用の内訳が記された「領収・明細書」のコピーを添付。

2. 「領収・明細書」に出産年月日及び出生児数が記載されていない場合、医師・助産師または市町村長の証明が必要。

1.は必ず添付

## 記入例(家族が出産した場合)

被保険者 出産育児一時金(差額)  
 家族 出産育児一時金付加金 請求書

備考欄	
-----	--

①被保険者等 記号・番号	1-218098	②事業所の名称	(株)キクチメガネ	③被保険者の標準報酬月額	記入不要						
④被保険者の氏名	菊池 良夫		⑤被保険者の生年月日	平成 4 年 3 月 10 日							
⑥出産年月日	令和 7 年 5 月 3 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	山田産婦人科									
	医療施設等の所在地	〒○○○-○○○○ 名古屋市中区○○町1-2-3									
⑨被扶養者の出産であるとき	菊池 敬子		平成 8 年 7 月 5 日								
⑩出生児の氏名	菊池 洋一	⑪出生児の生年月日	令和 7 年 5 月 3 日								
⑫出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/>										
⑮振込希望の金融機関	金融機関名	○○ 銀行・信金 ○○ 支店									
	口座番号	( <del>普通</del> ・当座)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	口座名義	(カタカナで記入) キクチ ヨシオ									

出産育児一時金付加金を申請します。  
 また、出産の費用が出産育児一時金等の額に達しないときは、その差額を出産育児一時金等の内払金として、支払を依頼します。

○○ 年 ○ 月 ○ 日

〒△△△△-△△△△△

住所 名古屋市東区××町 1-1

被保険者の

氏名 菊地 良夫

キクチ健康保険組合 殿

医師・助産師または市町村長が証明するところ	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別	⑯ 生産・死産 (妊娠第 月または第 週)	
	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				
	本籍		筆頭者氏名		
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	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 印				

- 出産された医療機関等から交付される、費用の内訳が記された「領収・明細書」のコピーを添付。
- 「領収・明細書」に出産年月日及び出生児数が記載されていない場合、医師・助産師または市町村長の証明が必要。

1.は必ず添付