

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) 請求書
家族 出産育児一時金付加金

備考欄	
-----	--

①被保険者等 記号・番号	1—218099	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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市中区〇〇町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 <u>ある</u> <u>ない</u>	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 <u>受けていない</u>										
⑮振込希望の金融機関	金融機関名	〇〇 銀行・信金 〇〇 支店											
	口座番号	(<u>普通</u> ・ 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 ※被保険者の口座に限る											

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。

〇〇 年 〇 月 〇 日

〒△△△-△△△△
住所 名古屋市中区××町 1-1
被保険者の
氏名 菊池 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	⑰ 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 市町村長名 印			

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」に出生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) 請求書

家族 出産育児一時金付加金

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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市中区〇〇町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 <u>あ</u> 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 <u>受けていない</u>												
⑮振込希望の金融機関	金融機関名	〇〇 銀行・信金 〇〇 支店											
	口座番号	(<u>普通</u> ・ 当座)	1	2	3	4	5	6	7				
	口座名義	(カタカナで記入) キクチ ヨシオ ※被保険者の口座に限る											

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。

〇〇 年 〇 月 〇 日

〒△△△-△△△△
住所 名古屋市中区××町 1-1
被保険者の氏名 菊池 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	⑰ 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 市町村長名 印						

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」に出生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