

※ 支 給 支 払 決 議 書	常務理事	事務長	係		担当者	
	支給額	円				
	支給内訳	出産育児一時金内払い金	円			
		出産育児付加金	円			
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	

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
標準報酬月額平均	円

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

①被保険者等 記号・番号	—	②事業所の名称	③被保険者の 標準報酬月額	千円
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振込希望の金融機関	金融機関名	銀行・信金 支店		
	口座番号	(普通・当座)	⋮	⋮
	口座名義	(カタカナで記入)		

※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。

年 月 日

住所  
〒

被保険者の  
氏名

キクチ健康保険組合 殿

医師 ・ 助産師 または 市町 村長 と こ ろ が 証 明 す る	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。