

※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		

受付年月日	年	月	日
同年月日	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。）

被保険者	出産育児一時金（差額）	請求書	備考欄	
家族	出産育児一時金付加金			

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。