

令和 年度		
款	保 險 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
		円

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 等 記 号 ・ 番 号	記 号		(2) 事 業 所 の 名 称	百 十 四 銀 行 部 店	(3) 標 準 報 酬 月 額	千 円
	番 号					
(4) 被 保 険 者 の 氏 名			(5) 生 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 の 氏 名					(11) 出 生 児 が 被 扶 養 者 で あ る か ど う か	☐ ある ☐ ない
(12) 出 生 児 が 被 扶 養 者 で な い と き は そ の 理 由						
(13) 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			
(14) 払 渡 希 望 の 銀 行			百 十 四 銀 行 本 店 普 通 預 金 №.			
(15) 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 ⑩

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	
(16) 分 娩 年 月 日	令 和 年 月 日
(17) 生 産 ・ 死 産 の 別	☐ 生産 ・ ☐ 死産（妊娠第 月又は第 週）
(18) 出 生 児 の 数	☐ 単胎 ・ ☐ 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 ⑩	

(注)被保険者証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルでご確認ください。

被保険者等記号・番号に代えて、マイナナンバーを備考欄に記載できます。

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 (10) 欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。
- ⑤ (12) 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。
- ⑥ (13) 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。
- ⑦ (15) 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○時間生存した後死亡」などを記入してください。
- ⑧ 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

- (17) 欄は、該当する項目に×印を入れ、死産の場合は妊娠第○月又は第○週であったかを記入してください。

以 上