

		支 給 決 定 決 議 書			
支 給 額				円	
支 給 内 訳	出 産 育 児 一 時 金			円	
	出 産 育 児 付 加 金			円	
資 格 取 得 日		年		月 日	
資 格 喪 失 日		年		月 日	
支 払 年 月 日		年		月 日	

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

出産育児一時金・付加金請求書

① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号	番号	② 事 業 所 の 名 称		
③ 被 保 険 者 の 氏 名			④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	年 月 日	
⑤ 分 娩 年 月 日	年 月 日		⑥ 死 亡 の と き は そ の 旨		
⑦ 分 娩 し た 場 所	医 療 機 関 等 の 名 称				
	医 療 機 関 等 の 所 在 地				
⑧ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	氏名		生年 月日	年 月 日	
⑨ 出 生 児 の 氏 名			⑩ 出 生 児 の 生 年 月 日	年 月 日	
⑪ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ☐ 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 備 考					
上記の通り申請します。 年 月 日 〒 - 住所 被保険者の 氏名 科研製薬健康保険組合 理事長 殿					

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る 欄	⑮ 分 娩 年 月 日	年 月 日	⑯ 生 産 ・ 死 産 の 別	☐ 生 産 ☐ 死 産	(妊娠第 月又は第 週)
	⑰ 出 生 児 の 数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)			
	上記の通り相違ないことを証する。 年 月 日 〒 - 所在地 名 称 医師・助産師名				

(記入上の注意)

(1) 被保険者の皆様に関する留意事項

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「**被保険者**」の、被扶養者が分娩したときは「**被扶養者**」の**チェックボックスに✓を入れてください**。
2. ⑦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機関名を記入してください。
※なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。
3. ⑧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. ⑨、⑩欄には、出生時が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。**死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です**。
5. ⑬欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、配偶者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。
6. ⑭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を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は〇〇時間生存した後死亡」等記入してください。
7. 医師又は助産師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。

(2) 医師、助産師の皆様に関する留意事項

- ⑯欄は、該当する項目のチェックボックスに✓を入れ、死産の場合は「妊娠第〇月又は第〇週」であったかを記入してください。