

支給決定決議書

資格取得日		年	月 日
資格喪失日		年	月 日
支払年月日		年	月 日

支給額		円
支給内訳	出産育児一時金	円
	出産育児付加金	円

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	10	番号	0000	② 事業所の名称	科研製薬株式会社	
③ 被保険者の氏名	健保 太郎			④ 被保険者の生年月日	0000 年 00 月 00 日		
⑤ 分娩年月日	0000 年 00 月 00 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	南青山マタニティクリニック					
	医療機関等の所在地	東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号					
⑧ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	氏名	健保 花子		生年月日	0000 年 00 月 00 日		
⑨ 出生児の氏名	健保 一郎			⑩ 出生児の生年月日	0000 年 00 月 00 日		
⑪ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受けている			<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない			
⑭ 備考							

上記の通り申請します。

0000 年 00 月 00 日

〒 000 - 0000

住所
被保険者の氏名

東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号
健保 太郎

科研製薬健康保険組合 理事長 殿

健保[®]

医師・助産師が証明する欄	⑮ 分娩年月日	0000 年 00 月 00 日	⑯ 生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	(妊娠第 月又は第 週)
	⑰ 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)				
	上記の通り相違ないことを証する。					
		0000 年 00 月 00 日	〒 000 - 0000	所在地 東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号		
				名称 南青山マタニティクリニック		
				医師・助産師名 安産 一徹		

安産[®]

(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。