

受 付 年 月 日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
決 裁 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
標 準 報 酬 額	円 (第 級)

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

**被 保 険 者  
家 族**

**出産育児一時金 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 標 準 報 酬 額	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 被 保 険 者 の 口 座	銀行	支店	( 普通 )	フリガナ	口座名
⑯ 備 考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所〒 氏名					

⑰ 委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）・出産育児付加金（家族出産育児付加金）のうち 金 _____ 円也の受領に関すること。 年 月 日				
	被保険者の	住所〒	氏名		印
	代理人の	住所〒	氏名		印
⑱ 振込希望の銀行	銀行	支店	( 普通 )		

⑲ 領収書	金 _____ 円也但し うえの金額を領収いたしました。 ポーラ・オルビスグループ _____ 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 _____ 住所〒 氏名				
-------	--	--	--	--	--

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 出産年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	㉒ 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					
	㉓ 本 籍		㉔ 筆頭者氏名			
	㉕ 出生届出日	年 月 日	㉖ 出生児氏名	㉗ 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 区市町村長名 印						

## 〔記入上の方法〕

### I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、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、自宅出産の場合は、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、⑪の欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭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。
6. ⑮欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。**(直接支払制度又は、受取代理制度ご利用の場合は、申請の必要はありません。)**
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、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」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「出産育児一時金(家族出産育児一時金)」の文字で不要のものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 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。
12. ⑲欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

### II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

㉑欄は、該当する文字を○印で囲み、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。

### III. 「産科医療補償制度」に加入している医療機関で分娩した場合、

その旨を証明するスタンプが押印された出産費用領収書の写しを添付してください。

### IV. その他共通する注意事項

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。