|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付年月日** | | **年　　　月　　　日** | | |  | **支 給 支 払 決 議 書** | | | | |
| **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** | **資格取得** | | **年　　　月　　　日** | | |
| **標準報酬額** | | | **円（第　　　級）** | | **資格喪失** | | **年　　　月　　　日** | | |
| **支払年月日** | | **年　　　月　　　日** | | |

**※この請求書は、国内で出産し、直接支払制度を利用していない方用です。　①産科医療補償制度合意文書（写）②医療機関発行の領収書（写）を添付ください。**

**※申請から給付の流れ・記入方法・注意事項は、裏面をご確認ください。**

**②山②参加産科医療補償制度合意文書の写し**

**被保険者・家族　出産育児一時金（付加金）請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **①** | **被保険者等の**  **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** | **出産年月日** | | | | | | **年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | **⑥** | | **死亡のとき**  **はその旨** | | | |  | | | | | |
| **⑦** | **出産した場所** | | | | | | **医療施設等**  **の名称** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医療施設等**  **の所在地** | **〒** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **⑧** | **被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日** | | | | | |  | | | | | | | | | | **年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | | |
| **⑨** | **出生児の**  **生年月日** | | | | | | **年　　　　　　月　　　　　　日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **⑩** | **出生児が被扶養者**  **かどうか** | | | | | | **被扶養者で** | | **ある**  **ない** | | | | **⑪** | **出生児が被扶養者で**  **ないときはその理由** | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **⑫** | **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** | | | | | | | | | | | | |
| **⑬** | **振込希望の銀行**  **（退職者の方）** | | | | | | **銀行　　　　　　支店** | | | | | | | | | | **(** | | | **普通**  **当座** | | | **)** | | | |  | | |
|  | **上記のとおり申請します。**  **年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **アルバック健康保険組合理事長　殿** | | | | | | | | | **被保険者の** | | | | | **住所〒**  **氏名** | | | | | | | | | | | | | | |
| **⑭** | | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **委　任　状** | |
| **被保険者の**  **代理人の** | | | | | | | | | | | | **住所〒**  **氏名**  **住所〒**  **氏名** | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **公金受取口座**  **ご希望の方は□にレ点を記入してください** | | | | **【注意事項】**  **※在籍者の方は、事業主への受領委任を原則としております。**  ※上記⑭**「委任状欄」に記入がある場合は、受取代理人の口座に給付します。**  **※給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延する場合があります。**  **□注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医師・助産師又は市区町村長の証明欄**  **る欄** | | **⑮** | **出産年月日** | | **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** | | | | | | | | | | | | | | **〒** | | | | | | | | | | | | |  |
| **⑱** | **本　　　籍** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **⑲** | **筆頭者氏名** | | | |  | | | |
| **⑳** | **出生届出日** | | | **年　　月　　日** | | | **㉑** | | | **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**  **➜裏面　※　　　　区市町村長名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**【申請から給付の流れ】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 | **→** | 事業所（勤務先）の健保業務担当部門  〔総務・人事等〕 | | **―→** | 健保組合 | **→** | 事業所へ振込 | **→** | 本人の  口座へ  振 込 |
|  | | | | |  | | |
| 退職者・任意継続の方 | | | **―――――――――――→** | | **―――――――――→** | | |

**〔記入の方法〕**

**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。**

1. **⑦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。）**

1. **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。**
2. **⑨の欄には、出生児が複数のときは、それぞれの生年月日を記入してください。**
3. **⑫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。**

1. **⑬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。**

**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。**

**Ⅱ．医師、助産師又は市区町村長への注意事項**

**⑯欄は、該当する文字を○印で囲み、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。**