

※この請求書は、国内で出産し、直接支払制度を利用していません。費用は、
 ※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。

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(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			

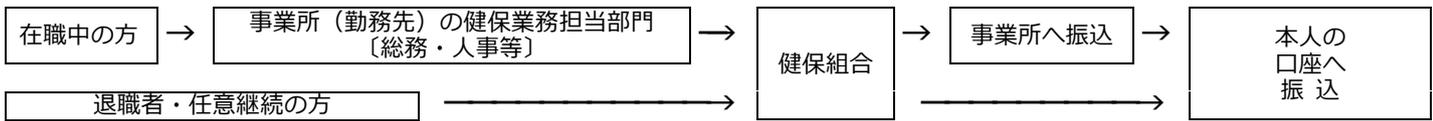
委任状	⑭ 私 は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児 付加金(家族出産育児付加金)のうち _____ 円也の受領に関する事。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者の 住所〒 氏名 代理人の 住所〒 氏名
-----	--

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」に記載がある場合は、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。 <input type="checkbox"/> 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	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					

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. 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。）
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。
5. 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。
6. 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。