|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | **被保険者証の****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。**