

記入例

被保険者
族

出産育児一時金
出産育児付加金

支給請求書

シーケンスNO:	シケイフNO:	法務局 令和
出産育児	※分娩費用を全額自己負担した場合に使用	
		係

被保険者の	記号	番号	提出年月日	西暦
被保険者記号・番号			20××年××月××日	
氏名	北洋 太郎			
住所	郵便番号: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション〇〇〇号室			
所属事業所名	北洋銀行 〇〇〇〇支店 给与受取口座を指定			
給付金振込口座 (給振口座を指定)	北洋 銀行 〇〇〇〇 支店		口座番号 = 1234567 口座名(カナ) = ホクヨウ タロウ	
家族が分娩した場合は分娩した家族の	氏名	北洋 花子	生年月日	昭和・平成 ××年××月××日
出生児の数	令和 ××年××月××日			
出生児の氏名	北洋 二郎	死産であるときはその旨	該当の場合のみ	
分娩が退職後である場合は	令和 ××年××月××日	被保険者と出生児の続柄	長男 次女 など	
		注意! 「子」 だけでは不可	令	健保記入欄 日

医師・助産師の証明書			
分娩者名		年	月 日
出生児の数		産(妊娠	ヵ月) 週
上記のとおり	医師に証明を依頼		
医療施設			
医師・助産師名	医師か自治体のどちらかで可		
本籍			
出生届出日	令和	年	月 日
上記のとおり	自治体に証明を依頼		

- (注) 1. 直接支払制度を利用しない旨の合意書(写し)・出産費用の内訳が記載されている明細書(写し)を添付してください。
 2. 被保険者が資格喪失後6ヵ月以内に分娩したことにより請求する場合には、「不支給証明書」を提出してください。
 3. 医師・助産師又は市区町村長のどちらかの証明を受けて証明書欄に記入して下さい。
 4. 分娩に関する医師等の証明書が日本語以外で作成されたものであるときは、日本語の翻訳文を添付してください。
 5. 死産であるときは、必ず医師あるいは助産婦の証明をもらってください。
 6. 市区町村長の証明を受ける場合のみ、「市区町村長の証明書」の本籍、筆頭者名、出生届出日、出生児氏名、出生年月日をご記入ください。

受付日

被保険者が退職後 6 ヶ月以内に分娩し、直接支払制度を利用せず、北洋健保に出産育児一時金を請求する場合に提出してください

不支給証明書

北洋銀行健康保険組合 殿

下記の者から

- 家族出産育児一時金
- 出産育児一時金

該当しない方を一条線で抹消

の請求がないことを証明します。

氏名・住所、退職後に加入した健保組合での保険証記号・番号

申請人氏名： 北洋 花子

記号・番号： ○○○-○○○○

住所： ○○市○○町○○-○○-○○

退職後に加入した健保組合に署名押印を依頼してください

証明書発行組合名 ○○○健康保険組合
(保険者名) 理事長 ○○ ○○ (印)

住所： ○○市○○町○○-○○

{ } 内の項目のうち、該当しないものは一条線にて抹消してください。

被 保 険 者 家 族 { 出 産 育 児 一 時 金 出 産 育 児 付 加 金 }

支 給 請 求 書

シーケンスNO:	シーケンスNO:
出 産 育 児 一 時 金	出 産 育 児 付 加 金
円	円

決 裁 伺	令 和	
常 務 理 事	事 務 長	係

被 保 険 者 の	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	提 出 年 月 日	令 和 年 月 日
	氏 名				
	住 所	郵便番号: -	電話番号: -		
	所 属 事 業 所 名				
給 付 金 振 込 口 座 (給 振 口 座 を 指 定)		銀 行	支 店	普 通 預 金 口 座 番 号 = 口 座 名 (カ ナ) =	
家 族 が 分 娩 し た 場 合 は 分 娩 し た 家 族 の		氏 名	生 年 月 日	令 和 ・ 平 成 年 月 日	
分 娩 の 年 月 日		令 和 年 月 日			
出 生 児 の 数		1. 単 体 2. 多 胎 (児)	死 産 で あ る と き は そ の 旨		
出 生 児 の 氏 名		被 保 険 者 と 出 生 児 の 続 柄			
分 娩 が 退 職 後 で あ る と き は 退 職 日		令 和 年 月 日	資 格 喪 失 日	令 和 年 月 日	

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 書				
分 娩 者 名		分 娩 し た 年 月 日	令 和 年 月 日	
出 生 児 の 数	単 体 ・ 多 胎 (児)	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 カ 月 週)	
上 記 の と お り 相 違 い な い こ と を 証 明 す る。 令 和 年 月 日 医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地 医 師 ・ 助 産 師 名				
市 区 町 村 長 の 証 明 書				
本 籍		筆 頭 者 氏 名		
出 生 届 出 日	令 和 年 月 日	出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日	令 和 年 月 日
上 記 の と お り 相 違 い な い こ と を 証 明 す る。 令 和 年 月 日 市 区 町 村 長 名 ㊟				

- (注) 1. 被保険者が資格喪失後6カ月以内に分娩したことにより請求する場合には、別に添付書類が必要ですので、「出産関係請求書(女子職員分)提出上の注意」に従って提出してください。
2. 医師・助産師又は市区町村長のどちらかの証明を受けて証明書欄に記入して下さい。
3. 分娩に関する医師等の証明書が日本語以外で作成されたものであるときは、日本語の翻訳文を添付してください。
4. 死産であるときは、必ず医師あるいは助産婦の証明をもらってください。
5. 市区町村長の証明を受ける場合のみ、「市区町村長の証明書」の本籍、筆頭者名、出生届出日、出生児氏名、出生年月日をご記入ください。

受付日

不支給証明書

北洋銀行健康保険組合 殿

下記の者から { 家族出産育児一時金 } の請求がないことを証明します。
{ 出産育児一時金 }

申請人氏名：

記号・番号：

住所：

令和 年 月 日

証明書発行組合名

(保険者名)

印

住所：

{ } 内の項目のうち、該当しないものは一条線にて抹消してください。