



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
標準報酬月額	円(第 号)

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 出産育児一時金（付加金）請求書
家族

①被保険者証の記号・番号		②事業所の名称		③被保険者の標準報酬月額	千円
④被保険者の氏名		⑤被保険者の生年月日		年 月 日	
⑥分娩年月日	年 月 日	⑦死亡のときはその旨			
⑧分娩した場所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地				
⑨家族の分娩の場合その氏名・生年月日		続柄		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振込希望の銀行	銀行 支店（普通・当座 NO. ）				
⑯備考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 印 デサント健康保険組合理事長 殿					

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・当座 NO. ）				

⑲医師・助産婦又は市区町村長が証明する欄	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠第 月又は第 週）	
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）			
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 印				
	本籍		筆頭者氏名		
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	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				

！ 記入時注意事項 ！

- ◇ この書類は捺印が必要なため、プリントアウトして人事課までご提出ください。
- ◇ プリントアウトする場合は必ず **A4サイズ**にて出力ください。
(「ファイル→ページ設定→用紙サイズ」や「印刷プレビュー」で確認の上、印刷のこと)
A4サイズ以外健康保険組合にて受付できませんのご注意ください！

- ◇ ①欄～③欄は人事課にて記入します。
- ◇ ④欄～⑯欄はご自分でご記入ください。(青枠内のみご記入ください。)
- ◇ ご自分の住所・氏名の後に必ず捺印ください。
- ◇ ⑰欄～⑱欄は委任される方のみご記入ください。
- ◇ ⑲欄は医師・助産婦又は市区町村長にて証明をもらってください。

- ◇ ⑫欄が「ある」のかたは、併せて「健康保険被扶養者(異動)届」をご提出ください。

- ◇ 「身上異動届」も必ずご提出ください。

【添付書類】

- ① 出産育児一時金等申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
- ② 分娩費内訳明細書(領収書)の写し(産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要)

※何か不明点等あれば、人事課またはデサント健康保険組合までお問い合わせください。