

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	出産育児一時金	円	
内訳	出産育児付加金	円	
標準報酬月額	千円(第 級)		

支給支払決議書			
常務理事			担当者
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 家族の分娩であるときはその氏名・生年月日		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	被扶養者であるか	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 備考			

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所  
被保険者の氏名

極東開発健康保険組合理事長 殿

⑯ 委任状	私は 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名 を代理人と定め、次の権限を委任する。
-------	--

⑰ 振込希望の銀行等	銀行 支店(普通 )
------------	------------

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑱ 分娩年月日	年 月 日	⑲ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	⑳ 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・助産師名				
	㉑ 本籍		㉒ 筆頭者氏名		
	㉓ 出生届出日	年 月 日	㉔ 出生児氏名	㉕ 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 市区町村長名 ㉖				

記入例

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	出産育児一時金 円
内訳	出産育児付加金 円
標準報酬月額	千円(第 級)

支給支払決議書			
常務理事			担当者
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	100 10001	② 事業所 の名称	極東開発工業株式会社	③ 被保険者の 標準報酬月額	260千円
④ 被保険者の 氏名	極東 勝美	⑤ 被保険者の 生年月日	平成 6 年 9 月 17 日		
⑥ 分娩年月日	令和 6 年 5 月 13 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	西宮産婦人科医院			
	医療施設等 の所在地	兵庫県西宮市津門大塚町1-1			
⑨ 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日	極東 さくら	平成 6 年 12 月 24 日			
⑩ 出生児の氏名	極東 遼	⑪ 出生児の 生年月日	令和 6 年 5 月 13 日		
⑫ 出生児が被扶養者か かどうか	被扶養者で ある	⑬ 出生児が被扶養者で ないときはその理由	ない		
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 備考					

上記のとおり申請します。

〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者の住所 大阪府大阪市中央区淡路町2丁目5番11号  
氏名 極東 勝美

極東開発健康保険組合理事長 殿

委任状

私は

を代理人と定め、次の権限を委任する。

事業所(会社)名を記入

年 月 日

被保険者が記入

被保険者の 住所  
氏名

事業所(会社)が記入

事業所の 住所  
氏名

⑰ 振込希望の銀行等	銀行 金庫	支店(普通 )
------------	----------	---------

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑱ 分娩年月日		⑲ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	⑳ 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・助産師名					
	㉑ 本 籍	香川県丸亀市中津町1番地3	㉒ 筆頭者氏名	極東 勝美		
	㉓ 出生届出日	令和6年5月20日	㉔ 出生児氏名	極東 遼	㉕ 出生年月日	令和6年5月13日
上記のとおり相違ないことを証明する。 〇〇年〇〇月〇〇日 市区町村長名 大阪市北区中之島1丁目3番20号 大阪市長 〇 〇 〇 〇 〇						

証明は、医師・助産師もしくは市区町村長のどちらか一方でかまいません。

## (記入上の注意)

### I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは、「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の分娩した場所は、分娩した病院、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、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑨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. ⑩、⑪欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭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. ⑮欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
7. 請求した給付の金額について受領を委任する場合であっても⑯欄に受領委任した金額を記入してください。
8. 出産育児一時金(付加金)は給与振込になりますので、⑯欄には事業主の証明が必須です。書類は事業主へご提出ください。
9. ⑰欄は記載不要。(在籍している人は給与口座へ振込みします。)
10. 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

⑱欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。