

被 保 険 者
家 族

出産育児一時金（付加金）請求書

① 保険証記号番号	記号 番号	② 所属名	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 被扶養者の分娩であると きはその氏名・生年月日			年 月 日		
			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		
※ 任継・臨時社員の方は振込先を記入してください。それ以外の方は給与第一口座に振り込まれるため記入不要です。 ※ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は、公金受取口座にチェックを入れて下さい。					
⑮ 振込先	金融機関名			本支店名	
	貯金種別	口座番号		口座名義 (カタカナ)	
	☐	公金受取口座（口座情報の反映には登録から数日を要します。）			
⑯ 備 考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の 住所(住民票) 氏 名 四電工健康保険組合理事長 殿					
⑰ 委 任 状	私は 年 月 日 被保険者の 住所(住民票) 氏 名 を代理人と定め、次の権限を委任する 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こと。 年 月 日 代理人の 住 所 氏 名				
※委任する場合には公金受取口座を利用できません。					
⑱ 振込先	金融機関名			本支店名	
	貯金種別	口座番号		口座名義 (カタカナ)	
の医 師 す ・ れ 助 か 産 一 師 方 又 の は 証 市 明 区 で 町 可 村 能 長	⑲ 分娩年月日	年 月 日	⑳ 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・助産師名				
	本 籍			筆頭者氏名	
	出生届出日	年 月 日		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				

★この申請をする場合は必ず、
出産費用の支払時、分娩機関が発行する領収書の北側をつけて申請してください。