

# 支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支出科目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	家族出産育児一時金			
支給金額					資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
分娩日	令和	年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日
備考					扶養認定日	昭和 平成 令和	年	月	日

担当印

健保受付印

支給日	月	日
-----	---	---

## 家族出産育児一時金請求書

被保険者等 記号と番号	記号	***			番号	****							
分娩した被扶養者	氏名	(氏)	○○○			(名)	○○○○						
	生年月日	昭和 平成	*年	*月	*日	続柄	**						
分娩年月日	令和	*年	*月	*日	<input type="checkbox"/>	分娩が死亡のときは <input type="checkbox"/> に☑をしてください。							
出生児の氏名	(氏)	○○○			(名)	○○○			続柄	○○	<input type="checkbox"/>	出生児が請求者の被扶養者であるときは <input type="checkbox"/> に☑をしてください。	
出生児が請求者の被扶養者でないときは、その理由					<input type="checkbox"/>	他制度から給付を受けているときは <input type="checkbox"/> に☑をしてください。							
振込先指定口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	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。 (利用する場合は、左の <input type="checkbox"/> に☑をしてください。利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。)										
	振込先口座	申請者 OR 代理人	○○○			銀行	○○○			支店			
		普通	* * * * *	口座名義 (カタカナ)	○○○ ○○○○								
氏名	(氏)	○○○			(名)	○○○			生年月日	昭和 平成	*年	*月	*日
住所	〒 - 都道府県から記入してください。					電話	*** - **** - ****						
HOYA健康保険組合理事長 殿					上記によって請求します。					令和	*年	*月	*日

市医 区師 町・ 村助 長の 師証 ま 明 た 欄は	出産年月日	令和	年	月	日	出産または死産の別	出産	死産 (妊娠 週目)		
	出生児の数	単胎	多胎 ( 児)			備考				
	上記のとおり相違ありません。									
	医療施設	令和	年	月	日	(名称)				
		住所								
		医師・助産師名				電話番号	( )			
		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		令和	年	月	日
上記のとおり証明します。										
	令和	年	月	日	(市区町村長名)					

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、家族出産育児一時金の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	代理人が受け取る場合にご記入ください。					
		住所						

※本届出に記入された個人情報、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。  
※被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。  
【添付書類】「産科医療補償制度の対象分娩であるか・ないか」明記されたもの。領収(明細書)のコピー