

# 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

健保受付印

支給日		月		日
-----	--	---	--	---

## 家族出産育児一時金請求書

被保険者証の 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☑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☑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	(金融コード)	銀行	(支店コード)	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	〒		-		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 産 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	
		住所	

※本届出に記入された個人情報は、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。  
※被保険者証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。 令和4年10月11日現在