

受付年月日	年	月	日
同年月日	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	
標準報酬額	円 (第 級)		

支給支払決議書				
				台帳照会
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)支給申請書〈直接支払制度を利用しない〉 3-4-5
 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	円
④被保険者の氏名		⑤被保険者の生年月日		年	月 日
⑥出産したのは、被保険者、被扶養者(家族)のどちらですか？			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		
⑦被扶養者が出産のときはその方の氏名、生年月日	被扶養者氏名	被扶養者生年月日		年	月 日
⑧出産年月日	年	月	日	⑨出生児数	人
⑩出産した医療機関等	名称				
	所在地	〒			
⑫出生児を扶養しますか？	<input type="checkbox"/> 扶養する <input type="checkbox"/> 扶養しない(理由:)				
⑬同一の出産について、他の健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか			<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		
⑭備考					
上記の通り申請します。 〒					
年 月 日 届出			住所:		
三菱鉛筆健康保険組合 理事長殿			氏名:		

▼原則、給付金は事業主経由でお支払いしますので、⑮欄への記入をお願いします。(給付金・・・出産育児一時金、出産育児付加金)

委任状	⑮被保険者(申請者)	私は、 受領を委任します。 〒 住所 氏名				を代理人と定め、本申請に基づく給付金に関する 年 月 日
	⑯代理人(口座名義人) ※事業主以外	住所	〒			
		カナ氏名	申請者との関係			
		振込先	(金融機関名称)	(支店名称)	普通当座	

▼「直接支払制度」を利用しない場合は⑰～⑲及び医師・助産師又は⑳～㉔及び市区町村長の証明が必要です。

医師・助産師の証明	⑰出産年月日	年	月	日	⑱出生児の数	単胎・多胎(児)	
	⑲生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠第 月 又は 第 週)					
	上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名						
市区町村長の証明	⑳本籍					㉑筆頭者氏名	
	㉒出生届出日	年	月	日	㉓出生児氏名	㉔出生年月日	年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 区市町村長名 印						

【記入上の注意】

1. 「⑭備考」欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産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」などを記入してください。
2. 「⑮被保険者(申請者)」欄 原則として、事業主を代理人に定め、申請した給付の全額の受け取りを委任していただくため、⑮欄に申請年月日、被保険者の住所、氏名を記入してください。
3. 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(翻訳者氏名・住所等も記載)を添付してください。