

支 給 額		円
支給 内訳	出産育児一時金	円
	出産育児一時金付加金	円
支 払 年 月 日		令和 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	係

〔 被保険者・被扶養者 〕 出産育児一時金(付加金)請求書

『直接支払制度』『受取代理制度』利用しない方用 サイボー健康保険組合理事長 殿

① 被保険者証の記号番号	—		② 事業所名		
③ 被保険(請求)者氏名			④ 被保険者生年月日	昭和・平成 年 月 日	
⑤ 分娩年月日	令和 年 月 日		⑥ 死亡のときはその旨		
⑦ 分娩した場所	医療機関等の名称				
	医療機関等の住所		〒		
⑧ 被扶養者の分娩の場合	フリガナ		被扶養者 生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	被扶養者 氏 名				
⑨ 出生児	フリガナ				
	出生児 氏 名				
⑩ 出生児の被扶養者の有・無(該当するものに○)	☐ 被扶養者	被扶養者で無い場合 その理由		_____	
	☐ 被扶養者でない				
⑪ 他の保険者からの給付	☐ 給付を受けている ・ ☐ 給付を受けていない (⑩・⑪は該当する方に○を付ける)				
⑫ 出産育児一時金付加金	被保険者出産の場合 2万円、被扶養者の出産の場合 1万円				
⑬ 振込先希望口座	☐ 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 (利用する場合にはレ点を入れ、利用しない場合には下記を記入してください)				
	☒ 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません				
	銀行・信組 金庫・農協 郵便局		本店 支店 出張所	普通 当座	口座番号

⑭ 医師・助産師 証明する または 市区町村 長が	出産者氏名			出産年月日	令和 年 月 日	
	出産児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)	
	上記の通り相違ないことを証明する			令和 年 月 日		
	医 療 施 設 の 名 称 医 療 施 設 の 所 在 地 医 師 ・ 助 産 婦 氏 名					
	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
	上記の通り相違ないことを証明する			令和 年 月 日		
	市 区 町 村 長 名			印		

⑮ 委 任 状	私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する 令和 年 月 日請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児一時金付加金 (家族出産育児一時金付加金)のうち 金 _____ 円也の受領に関すること 令和 年 月 日	
	被保険者の	住所 〒 _____ 氏 名 _____
	代理人の	住所 〒 _____ 氏 名 _____

※ この請求書は『直接支払制度』及び『受取代理制度』を利用しない場合にご利用下さい。 2023.3 受付印

※ 添付書類として、医療機関等の発行する「領収書・明細書」を必ず添付して下さい。

被保険者の記号番号に代えてマイナナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください
(マイナナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です)

備考欄	
-----	--