

※支給決定日		支給決定日 令和 年 月 日				
支給額	法定給付	款 項 目		常務理事	事務長	担当
		円				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (本人への全額支給用)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平成・令和	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日	
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ		被保険者住所		〒							
	昭和・平成・令和 年 月 日		電話 ()										
	所属事業所及び部署名	電話 ()											
	被扶養者の分岐である場合はその者の氏名			被保険者と分岐した者の続柄			分岐日	令和	年	月	日		
	出生児の数 氏名	単胎・多胎 (児)	※双子以上の場合も1枚の請求書で提出可		死産の場合妊娠経過期間			満 週					
	①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について			保険者名		全国健康保険協会 () 支部							
②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について			() 国民健康保険										
			() 健康保険組合										
			電話番号										
			記号		番号								

※医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください

- (添付書類) ①医療機関から交付された「直接支払制度を利用していない」旨の文書の写し
 ②産科医療補償制度に加入している分娩機関等でお産した場合、領収書(請求書)の写し
 ③海外でお産の場合には同意書(別紙あり)、海外に渡航した事実が確認できる書類の写し(旅券、航空券など)

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	分娩年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠第 月又は第 週)								
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		備考								
	上記のとおり相違ないことを証明する。											
	医療施設名の名称・所在地			令和 年 月 日								
	医師・助産師名			電話 ()								
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				
上記のとおり相違ないことを証明する。												
市区町村長名			令和 年 月 日									

委任状	私は、出産育児一時金の受領に関することを事業主に委任いたします。										
	被保険者氏名			令和 年 月 日							

支払金融機関	任意継続被保険者または、資格喪失後の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。	銀行 本店										
		信用金庫 支店										
		支店番号	普通	預金番号(右づめ)								
		名義人(フリガナ)										

令和 年 月 日提出
受付日付印