

事前申請による「受取代理制度」を利用した場合は提出不要です。

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長				係	
支払年月日	平成	年	月	日							
※支払・支給決議書	支払額				拾万	万	千	百	拾	円	
	支給決定の額	法定	出産育児	款	項	目	拾万	万	千	百	拾
	付加	出産育児	3	2	7			0	0	0	0

健康保険(家)族 **出産育児一時金・付加金・内払金等請求書** 平成21年10月10日請求

被 保 険 者 の 記 入 欄	①被保険者証の記号と番号	(記号) 10	(番号) 9999	②被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎	⑩	
	③被保険者(請求者)の現住所	〒113 - 0033 東京都文京区 本郷1-2-3				Tel 0123 (45) 6789	
	④事業所の名称	グラクソ・スミスクライン (株)		⑤直接支払制度の利用について※1、2	活用・不活用		
	⑥出産した年月日	平成 21 年 10 月 3 日	⑦死産のときはその旨	該当せず	⑧妊娠経過期間	10ヶ月週	
	⑨入院して出産した時は、その病院・産院の	(ア) 名称	〇〇病院				
		(イ) 所在地	〒 999 - 9999 Tel 000 (111) 2222 東京都渋谷区 千駄ヶ谷 9-9-9				
	⑩家族の出産による請求であるときはその者の	(ア) 氏名	山田 花子		(イ) 生年月日	昭和 50年 7月 7日生 平成	
	⑪出生児の氏名	山田 一郎		⑫被保険者と出生児の関係	長男	⑬出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない
	⑭出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由						
	⑮備考						
⑯被保険者への支払先金融機関 未記入の場合や店番号(ゆうちょ銀行の場合は記号5ケタ)、口座番号が不明の場合は経費口座へのお振込みとなります。							
銀行名	△△銀行		〇〇支店	預金種別	普通預金・その他()		
金融機関コード	9	9	9	店番号・記号	9 9 9		
口座番号	No. 9999999		フリガナ	ヤマダ タロウ			
			口座名義	山田 太郎			

直接支払制度を利用した場合は、下記の医師・市区町村長等の証明欄は不要です。

明 医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	ア. 出産した年月日	平成 21 年 10 月 3 日	イ. 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	ウ. 出生児の数	単胎・多胎(児)	エ. 備考	
	オ. 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 21 年 10 月 10 日			
	医療施設の名称・所在地 〒999 - 9999			
	医師・助産師名 東京学 電話 000 (111) 2222			
	カ. 本籍	東京都	キ. 筆頭者氏名	山田 太郎
	ク. 出生届出日	平成 21年10月11日	コ. 出生児氏名	山田 一郎
	ケ. 出生年月日	平成 21年10月3日		
	サ. 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 21 年 10 月 11 日			
	区市町村長名 ○△市長 ○○ △△ 電話 ()			

直接支払制度を利用しない場合は何れかの証明をとってください

委 任 状	私は	を代理人と定め、(家族)出産育児一時金及び同付加金の受領を委任します。
	(支払口座は⑯の欄に記入してください)	
	②被保険者(請求者) 住所 氏名	②請求者名と⑯の口座名義の氏名が異なる場合は委任状欄の記入捺印が
代理人 住所 氏名		

※1.直接支払制度を利用せず全額支払済みの場合は、領収明細書の写し(産科医療補償制度のスタンプ入り)を添付して下さい。
 ※2.直接支払制度による場合は、分娩費用内訳明細書の写しおよび医療機関から交付される代理契約に関する「合意文書」の写しを添付して下さい。
 ※3.被保険者が資格を喪失した後に出産した場合、付加金(3万円)の支給はありません。

(注意事項)

- 1 表題の被保険者・家族の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
- 2 ①欄は、健康保険の被保険者証を見て記入して下さい。
- 3 ⑤、⑩、イ、ウの欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
- 4 生産又は早産の場合は⑦に「該当せず」と記載して下さい。
- 5 入院しないで出産した場合は⑨の(ア)と(イ)は「該当せず」と記載して下さい。
- 6 被保険者本人の出産による請求である場合は、⑩欄の(ア)と(イ)は記入しないで下さい。
- 7 ⑮欄は、被保険者資格喪失後の出産であるときは、その資格喪失年月日を、また、生産であったが間もなく死亡したときは、「出生児は、〇〇時間生存して死亡」等と記載して下さい。
- 8 訂正箇所は被保険者の印を押して下さい。
- 9 委任状欄の②は被保険者の印を押して下さい。