

(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の欄は、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。

伺年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長				係	
支払年月日	令和	年	月	日							
※支払・支給決定の額	支払額				拾万	万	千	百	拾	円	
	支給決定の額	3	1	9	拾万	万	千	百	拾	円	
	付加	3	2	7			0	0	0	0	
	法定	出産育児	3	1	9						
	付加	出産育児	3	2	7			0	0	0	
	資格	得喪							年	月	日
	備考								年	月	日

被保険者 健康保険 家族 出産育児一時金・付加金・内払金請求書 (和暦) 年 月 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)	(番号)	②被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ)	⑧	
	③被保険者(請求者)の現住所	Tel					
	④事業所の名称					⑤直接支払制度の利用について※1	活用・不活用
	⑥出産した年月日	(和暦) 年 月 日	⑦死産のときはその旨			⑧妊娠経過期間	ヶ月 週
	⑨入院して出産した時は、その病院・産院の	(ア) 名称					
	(イ) 所在地	〒 - Tel ( )					
⑩家族の出産による請求であるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	(和暦) 年 月 日生				
⑪被保険者への支払先金融機関 未記入の場合は給与口座へのお振込となります。ゆうちょ銀行の支店名は記号5ヶタを記載してください							
銀行名			支店	預金種別	普通預金・その他( )		
	金融機関コード		店番号・記号				
口座番号	No.		フリガナ				
			口座名義				

明 医 す る と 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長 が 証	ア. 出産した年月日	(和暦) 年 月 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。				
	(和暦) 年 月 日				
	医療施設の名称・所在地 〒				
医師・助産師名			⑧ 電話 ( )		
カ. 本籍			キ. 筆頭者氏名		
ク. 出生届出日	(和暦) 年 月 日	ケ. 出生児氏名	コ. 出生年月日	(和暦) 年 月 日	
サ. 上記のとおり相違ないことを証明する。					
(和暦) 年 月 日					
区市町村長名			⑧ 電話 ( )		

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⑪の欄に記入してください)				
	②被保険者(請求者)	住所	氏名	⑧	
代理人	住所	氏名	⑧		

※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。制度を利用した場合は、この請求は不要です。

※2.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。

「直接支払制度」を利用した場合、または事前申請による「受取代理制度」を利用した場合は提出不要です。