

「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。

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・支給決定額	支払額	拾万	万	千	百	拾	円
	支給決定の額	拾万	万	千	百	拾	円
法定	3	1	9				
付加	3	2	7		0	0	0
資格	得	喪					
備考							

健康保険 被保険者 家族 **出産育児一時金・付加金・内払金請求書** 令和 4年 5月 12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	⑧
	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	活用・不活用
	⑥出産した年月日	令和 4年 5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 〇〇 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 (和暦)	平成 3年 10月 5日
	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ケタを記載してください					
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 9	店番号・記号	999		
口座番号	No. 9999999		フリガナ	ヤマダ タロウ		
			口座名義	山田 太郎		

明 医 師 と 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る	ア. 出産した年月日	令和 4年 5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。 令和 4年 5月 6日 医療施設の名称・所在地 〒999-9999東京都渋谷区〇〇 医師・助産師名 東京 学 電話 000(111)2222			
	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
カ. 本籍	サ. 上記のとおり相違ないことを証明する。 (和暦) 年 月 日 ※医師等の証明を受けられない場合は市区町村にてカ～サの証明を依頼してください			
区市町村長が証	区市町村長名			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	※②請求者名と⑪の口座名義名が異なる場合は委任状への記入捺印が必要です。記載内容に不備があった場合は、被保険者の口座へ支給します。
	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。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。

(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。