

決裁 年 月 日

常務理事	事務長	担当

出産育児一時金請求書 (直接支払制度を利用しない場合)

平成〇〇年〇月〇日 提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号 番号	* * * *	被保険者の 氏 名	札幌 太郎 印		
	被保険者の 住 所	〒***-**** 〇〇県 〇〇市 *****				
	事業所の名称	〇〇〇〇〇株式会社		事業所コード	* * *	
	分娩した年月日	平成〇〇年〇月〇日	生産・死産の別	生産 死産	妊娠 経過期間	ヶ月 **週
	入院して分娩した時 病院名・所在地	病院名	〇〇〇病院		入院費用 の別	1. 自費 2. 健保 3. その他
		所在地	〒123-5678 〇〇県〇〇市〇〇			
	被扶養者が 分娩した時	被扶養者氏名	札幌 花子		生年月日	昭和 平成 ** 年 ** 月 * 日
	出生児の氏名	札幌 一郎		続 柄	長男 (第 一 子)	
	出生児は被扶養者ですか	被扶養者で ある・ない		被扶養者でない時は その理由		
	家族の分娩 扶養認定後6ヶ月以内の分娩の場合、 それ以前に加入していた健保組合	名 称	健康保険組合			
所在地		TEL ( )				
【委任状欄】 私は、出産育児一時金に関する受領を <u>〇〇〇〇〇株式会社</u> (事業主名) に委任します。 被保険者氏名 <b>札幌 太郎 印</b>						
医 師 ・ 助 産 婦 証 明 欄	分娩した年月日	平成 年 月 日	生産・死産の 別	生産・死産	妊娠 経過期間	ヶ月 週
	健康保険での 入院の有・無	有・無	健康保険での入院期間		平成 年 月 日 ~ 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎( 児)		産科医療 保障制度	対象・対象外	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住 所 氏 名 印					
健 保 記 入 欄	資格確認	資格取得日 又は 扶養認定日	昭 平 年 月 日	資格喪失日	平 年 月 日	
	備 考					

必要な添付書類：2種類

1. 直接支払制度を利用していない旨が明示された「代理契約に関する文書」の写し
2. 産科医療保障制度対象分娩の場合は、所定のスタンプ印を受けた領収書のコピー