

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 年 月 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	印
	被保険者の 住 所	〒						
	事業所の名称					事業所コード		
	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		
	入院して分娩した時 病院名・所在地	病院名				入院費用 の別	1. 自費 2. 健保 3. その他	
		所在地						
	被扶養者が 分娩した時	被扶養者氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	出生児の氏名				続 柄	(第 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_____に委任します。  被保険者氏名 _____ 印								
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