

出産育児一時金請求書 (直接支払制度を利用しない場合)

常務理事	事務長	担当

令和 * 年 * 月 ** 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号 番号	* * * * *	かな さっぽろ たろう	氏名 札幌 太郎 (印)	
	被保険者の 住 所	〒 * * * - * * * * TEL: * * * - * * * * - * * * *			
	事業所の名称	〇〇〇〇〇〇株式会社			
	入院して分娩した 時病院名・所在地	病院名	〇〇〇〇病院		入院費用 の別 1. 自費 2. 健保 3. その他
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇〇〇市 *****		
	分娩した年月日	平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	単胎・多胎(児)	生産 死産	妊娠経過期間 ヶ月 週
	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 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	出生児の氏名	札幌 一郎	続柄	長男 (第 1 子)	
	出生児は被扶養 者ですか	被扶養者で <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> 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 国民健康保険 全国協会健康保険		
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>〇〇〇〇〇〇株式会社</u> に委任します。 被保険者氏名 札幌 太郎 (印)					
医 師 ・ 助 産 婦 証 明 欄	分娩した年月日	平成 令和 年 月 日	生産・死産の 別	生産・死産	妊娠 経過期 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 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 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。 住 所			令和 年 月 日	
	医療機関名称 電話番号 氏 名			印	
健 保 記 入 欄	資格確認	被保険者	昭 平 令 年 月 日	資格喪失	平 令 年 月 日
		被扶養者	昭 平 令 年 月 日		平 令 年 月 日
	備考	産科医療制度対象	420,000円 × 名 =	円	
	産科医療制度対象外	404,000円 × 名 =	円		

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明細及び領収書(原本)