

支給決定額		支給決定日 令和 年 月 日				給付記録 入力済印
医療機関	円	常務理事	マネージャー	リーダー	担当者	
被保険者	円					

被保険者 家族 出産育児一時金請求書

(記入上の注意)

・表題の「被保険者」と「家族」は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
 ・⑨アの欄は、一年以上加入された方が資格喪失後六ヶ月以内の分娩で請求するとき、⑨イの欄は、被扶養者認定後六ヶ月以内の分娩で請求するとき記入して下さい。

被保険者が記入するところ	① 健康保険証	記号	② 被保険者(請求者)	住所	
		番号		氏名	
	③ 資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	④ 事業所の名称・所在地		
	⑤ 資格喪失年月日	平成 令和 年 月 日	⑥ 出生児の氏名		
	⑦ 分娩年月日	平成 令和 年 月 日	本請求書に関する連絡先住所、電話・FAX番号		
	⑧ 被扶養者名	(昭和 年 月 日生) 被保険者との() 続柄			
	⑨のイ 認定される前に加入していた		健康保険証の 記号・番号		
	⑨のイ 認定される前に加入していた		健康保険証の 記号・番号		

・直接支払・出産費用等が明記された領収明細書等の添付を以て⑩に代えても差支えありません。
 ・⑬欄は、資格喪失後の分娩に関する請求のときに記入して下さい。

医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ	⑩ 医師又は助産婦の証明	分娩年月日 令和 年 月 日	生産・死産(妊娠 カ月 第 週)
	住所	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	
市区町村長の証明	⑪ 市区町村長の証明	本籍	筆頭者氏名
	出生届出日 令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 令和 年 月 日
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	
		市区町村長名 ⑫	

⑫ 確認欄	本請求について、下記の項目を確認しました。 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <input type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。 <input type="checkbox"/> 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。

受付日付印

⑬ 振込希望先	金融機関名	銀行・信用金庫	口座番号	普通・当座	フリガナ
		本店・支店・出張所			口座名義
	被保険者(請求者)	住所	(〒 -)		
		氏名	TEL (- -) FAX (- -)		