

支給決議	発議	令和 年 月 日	決裁	扶養照合
	決議	令和 年 月 日		
	決定額		資格取得：昭・平・令 年 月 日	資格喪失：令和 年 月 日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

被保険者（本人）が記入するところ	被保険者証の記号番号	—		被保険者（本人）の氏名	在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。		
	被保険者（本人）の住所・電話番号	〒 —		※団地・アパートの場合は、その名称、住宅番号、〇〇方を必ずご記入ください			TEL ()
	事業主（会社）の名称				TEL ()		
	分娩した年月日	令和 年 月 日	生産児数	人	死産児数	人（妊娠 日）	
	入院（分娩）した病院の所在地・名称	名称					
		所在地					
	家族の分娩である時は	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日	
	出産した方	●被保険者⇒退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家族⇒当組合に加入後6か月以内の出産ですか。			1. はい 2. いいえ はいの場合は下の質問へ		
	●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について ●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について				保険者名		
					記号・番号		
同一の出産について、上の保険者より出産育児一時金を				1. 受けた／受ける予定 2. 受けない			
医師・助産師または市区町村長が証明するところ	分娩した年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 日）			
	出生児の数	単胎・多胎 (児)					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の所在地・名称 医師・助産師氏名						
	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します。 令和 年 月 日 市区町村長名						印	
注意事項	1. 太線の枠内をご記入ください。証明欄は、 <u>医師・助産師または市区町村長のいずれかでお受けください。</u> 2. 添付書類 ①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し ②医療機関等から交付される直接支払制度の合意文書の写し ※直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していないもの						