

<直接支払制度を利用しない方用>

受付日付印

被保険者・被扶養者

健康保険出産育児一時金請求書

(添付書類)

1. 医師等の出生証明書等（下欄へ記載）もしくは戸籍謄本
2. 医療機関等から交付される、直接支払制度を利用しない旨を記載した合意文書の写し
3. 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

支給決定伺

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 の	記号	所属 株式会社 店・部	
	番号	氏名 会社Tel	
	※健保記入欄 標準報酬月額 千円	住所 〒 自宅Tel	印
出産した人は	1. 被保険者 2. 被扶養者 (どちらかに○) 氏名 (昭和・平成 年 月 日生)		
出産の年月日	令和 年 月 日	1. 生産児数 人 2. 死産・流産児数 人	(死産・流産の場合) 妊娠 ヶ月 週
出生児の	氏名 (被保険者との続柄)		
入院して出産した時は、その病院	所在地 名称	産科医療補償制度の利用 (どちらかに○する) 有・無	
被扶養者が 出産した場合	次の括弧内のどちらかに○印をしてください。 出産日において、その被扶養者に失業給付等の収入が→ (ある・ない)		
医師・助産師 または市区町 村長が証明す るところ(注)	出産した年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別 生産・死産 (妊娠 ヶ月)
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	備考
	上記のとおり相違ないことを証明する。 住所 氏名 Tel		令和 年 月 日 印
支払指定 金融機関 (被保険者の 口座を記入)	銀行名 銀行 支店 科目別 (どちらかに○) 普通・当座	口座名義人 (フリガナ) 口座番号	

※記号3の方は、給与と同時に「その他支給口座」への振込となりますので、支払指定金融機関の記入は不要です。