

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(※1 下記へ記載)または戸籍謄本等の原本
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コピー
3. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー
(出産年月日、出生児数、代理受取額等の記載があるもの)

常務理事	事務長	係

被保険者 (申請者)の	記号	番号	氏名
	自宅住所 〒		電話 携帯
	会社名		電話
	部署名		携帯
出産した人の	1...被保険者...2...被扶養者(どちらかに○) 氏名 生年月日 昭和・平成 年 月 日		
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 ()		
※死産・流産の場合、出生児氏名の記入は不要です。			
入院して出産 した時は、そ の病院の	所在地		
	名称		
産科医療補償制度の加入	あり ・ なし (どちらかに○)		

医師・助産師ま たは市区町村 長が証明する ところ(※1)	出産年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	・生産 ・死産(妊娠 ヶ月 週)
	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。 所在地 名称 氏名 電話 ()	令和 年 月 日	市区町村長 (印)	

振 込 先 指 定 口 座	○振込先指定口座は、上記被保険者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。															
	金融機関名称							支店名								
	① 普通預金	口座番号 (左づめ)						機関コード					支店コード			
	フリガナ															
	口座名義															

※保険記号「3」で在職中の方は記入不要です。