

<直接支払制度を利用しない方用>

記入見本

受付日付印

被保険者 被扶養者

どちらかに○をしてください。

健康保険出産育児一時金請求書

(添付書類)

- 医師等の出生証明書等（下欄へ記載）もしくは戸籍謄本
- 医療機関等から交付される保険証の記号・番号を記載した合意文書の写し
- 医療機関等から交付される出生届の写し

支給決定伺

常務理事	事務長	係

必ず捺印してください。

被 保 険 者 の	記号	3	所属	SMBC日興証券株式会社	〇〇支店	店・部
	番号	123456	氏名	日興太郎 (印)		
	※健保記入欄 標準報酬月額	千円	住所	〒343-0123 埼玉県〇〇市△△町6-5 自宅Tel 048-555-XXXX		
出産した人は	1. 被保険者 2. <input checked="" type="radio"/> 被扶養者 (どちらかに○)		氏名	日興花子 (昭和)平成60年4月1日生)		
出産の年月日	令和1年6月7日		1. 生産児数	1人	(死産・流産の場合)	
出生児の	氏名	日興健太		(被保険者との続柄 長男)		
入院して出産した時は、その病院	所在地	東京都中央区兜町1-2		産科医療補償制度の利用	(どちらかに○する)	
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 <input checked="" type="radio"/> 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	令和 年 月 日		
支払指定 金融機関 (被保険者の 口座を記入)	銀行名	口座名義人 (フリガナ)		記号3の方は給与同時振込となりますので、記入不要です。 関係会社の方のみご記入ください。		
	科目別 (どちらの口座を記入)	普通・当座				

※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。