

被保険者家族 出産育児一時金請求書

被保険者証の 記号・番号	記号	〇〇	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社			
	番号	〇〇〇〇〇〇	事業所の地 所 在 地	東京都〇〇区〇〇1-2-3			
被保険者の 氏名	健保 太郎			被保険者の 生 年 月 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
出 産 した 年 月 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	出生 児数	1	死産 児数	0	妊娠経過 期	40 週
出 産 した 場 所	医療施設等 の 名 称	〇〇〇〇病院					
	医療施設等 の 所 在 地	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇5-6-7					
被扶養者の出産であるときは その氏名	健保 花子			被 扶 養 者 の 生 年 月 日	△△ 年 △△ 月 △△ 日		
出 生 児 の 氏 名	健保 一郎			出 生 児 の 生 年 月 日	□□ 年 □□ 月 □□ 日		
振 込 希 望 の 銀 行	みずほ 銀行 日本橋 支店			(普通 当座	1234567)		
備 考	上記のとおり申請します。 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 住所 〒 111-1111 〇〇県〇〇市△△町3-2-1 被保険者の 氏 名 健保 太郎 健康保険組合理事長 殿						

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	金	年 月 日	請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金） 円也の受領に関すること。			
		年 月 日	住所 〒 被保険者の 氏 名			
			住所 〒 代理人の 氏 名			
振 込 希 望 の 銀 行	銀行			支店	(普通 当座)	

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	出 産 年 月 日	年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)		
	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する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名					
	本 籍				筆 頭 者 氏 名	
	出 生 届 出 日	年 月 日	出 生 児 氏 名		出 生 年 月 日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 区市町村長名					

(注) 本請求書は、直接支払制度を利用されない場合の様式です

< 添付書類 >

1. 直接支払制度 合意文書の写
2. 出産費用の領収・明細書の写