

**被保険者
家 族** 出産育児一時金請求書

被 保 險 者 証 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	事業所の所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3			
被 保 險 者 の 氏 名	健保 太郎			被 保 險 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 だ 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 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 被保険者の住所 〒 111-1111 〇〇県〇〇市△△町3-2-1 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。 _____ 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事。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者の住所 〒 _____ 氏名 _____ 印 代理人の住所 〒 _____ 氏名 _____ 印
	振 込 希 望 の 銀 行

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 い を 証 明 す る 。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地 〒 _____ 医 師 ・ 助 産 師 名 _____ 印				
	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 い を 証 明 す る 。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 区 市 町 村 長 名 _____ 印				

(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