

被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被 保 險 者 証 号 の 番 号	記号		事業所の名称		
	番号		事業所の所在地		
被 保 險 者 の 氏 名				被 保 險 者 の 生 年 月 日	年 月 日
出 産 し た 年 月 日	年	月	日	出生児数	死産児数
出 産 し た 場 所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地	〒			
被扶養者の出産であるときはその氏名				被 扶 養 者 の 生 年 月 日	年 月 日
出 生 児 の 氏 名				出 生 児 の 生 年 月 日	年 月 日
振 込 希 望 の 銀 行	銀行 支店 (普通当座)				
備 考					
上記のとおり申請します。					
年 月 日					
住所 〒 被保険者の氏名 印					
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		
	住所 〒 被保険者の氏名 印				
	住所 〒 代理人の氏名 印				
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 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	
上記のとおり相違ないことを証明する。						
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