

【記入例】

医療機関で出産費用を全額自己負担した場合に限りこの申請用紙をご記入ください。

支給 支出 決議 書	常務理事	事務長	担当者	令和 年 月 日 起案
				支給額 円
	備考欄			
	分娩年月日	令和 年 月 日		
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日			
資格喪失日	令和 年 月 日			

被保険者 家族 **出産育児一時金請求書**

■医療機関で出産費用を全額自己負担した場合

被保険者証の記号番号	記号	1	番号	23456	事業所名	●●株式会社		
被保険者氏名	健保太郎			生年月日	昭和55年 3月 3日			
被保険者住所	住所記入			(TEL)	電話番号記入			
家族が出産した場合その家族の氏名	健保花子			生年月日	昭和60年 3月 3日 続柄(妻)			
出産年月日	令和3年 4月 1日			生産・死産				
出生児の氏名	健保一郎			続柄	長男	被扶養者であるかないか	有・無	
出産した医療機関名称	医療機関名記入			出産した医療機関の所在地	医療機関住所記入			
被保険者(請求者)の振込希望銀行	銀行コード	123	銀行名	●●銀行	普通当座	No	1234567	
	店番号	456	支店名	新宿支店				
	口座名義人(カタカナ)			ケンボ ハナコ				
委任する場合は記入してください。(被保険者以外に振込む場合) ①振込先名義人名 ②被保険者(栗田健保加入者本人)名				① 健保花子 に委任する				
委任する場合は記入してください。(被保険者以外に振込む場合) 委任する場合は記入してください。				被保険者氏名 ② 健保太郎				
※ 家族が栗田健保に加入後、6ヶ月以内の出産の場合は下記の記入が必要です								
栗田健保加入以前の保険者名称	●●●			<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険	記号	100	番号	1234
電話番号	電話番号を記入			資格喪失日	令和3年 1月 30日			
栗田健保に上記情報を提供することに同意いたします								
令和3年6月1日				出産者氏名 健保花子				

医師、助産師か市区町村のどちらから必ず証明をもらってください。 有料になる場合があるので ①住民票原本 ②戸籍の無料証明原本(出生届を出してからのも)などの添付でも可	分娩年月日	令和 年 月 日	出産児の数	単胎・多胎 (児)
	産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)	とおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	
	医師・助産師の証明 (印)			
か 欄	本籍	筆頭者氏名		
	出生届日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
	市区町村の証明 (印)			

- 添付書類**
- ①医療機関から交付される出産費用の「領収・明細書(写)」(産科医療補償制度のスタンプがあるもの)
 - ②医療機関等と取り交わした、直接支払い制度利用に関する「合意文書(写)」