

【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	事務局長	担当者	平成	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			（健保）	生年月日	昭和45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50年 3月 3日 続柄(妻)			
出産年月日	令和元年 5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				
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） 振込み口座は振込み名義人口座記入 ①振込名義人名・名義人印 ケンボ ハナコ ① 健保花子 （健保） に委任する 被保険者氏名 ② 健保太郎 （健保）								
※ 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 栗田健保の被扶養者になって6ヶ月以内の場合は、必ず調べてご記入下さい。								
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	平成 31 年 1 月 30			
栗田健保に上記情報を提供することに同意いたします 令和元年5月20日 出産者氏名 健保花子 （健保）印								

医師、助産師が市区町村のどちらかで必ず証明をもらってください。 有料になる場合があります ①住民票原本 ②戸籍の無料証明原本(出典)	分娩年月日	令和	年	月	日	出産児の数	単胎・多胎 (児)		
	産別の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)				の出産	のとおりに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)								
	本籍	筆頭者氏名			出生年月日	令和 年 月 日			
出生届日	令和	年	月	日	出生児氏名				
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)」