

どちらか該当する方に○をしてください。
 直接支払いを ①希望した ②希望していない

A 4 縦で出力してください。

No.

平成 年 月 日	常務理事	事務長	事務次長	担当者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成 年 月 日				

「直接支払制度」希望の有無により、どちらかに丸印を付けてください。
 請求書に以下の書類を添付してください。
 ・「直接支払制度合意書」の写し
 ・「出産費用の内訳を記した領収明細書」の写し
 「産科医療補償制度加入機関」のスタンプ印が押されているもの

資格	得喪	年 月 日
決定標準報酬月額		千円
備考		

健康保険 被保険者 出産育児一時金・付加金請求書 平成 年 月 日請求

① 被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 代理人	⑧ 受付年月日
②	1 3 5 7	※	※	無有	※
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印	フリガナ キョウドウ ハナコ 共同 花子	⑦ 名称	株式会社		
被保険者(請求者)の住所	郵便番号	⑧ 所在地	県 市 町		
被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の氏名	フリガナ	⑨ 生年月日	昭和 平成	年 月 日	日生
⑪ 出産した年月日	平成 年 月 日	⑫ 生産児数	⑬ 死産児数	⑭ 死産のときはその旨	⑮ 妊娠経過期間
⑪		1			ヵ月 週
入院して出産したときは、その病産院の名称	産婦人科	⑯ 所在地	××県××市××町		
⑭ 出生児の氏名	フリガナ キョウドウ ハナエ 共同 花江	⑰ 被保険者と出生児の続柄	長女		
⑱ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ ない	⑲ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	夫の扶養とするため		

「医師・保健師」又は「市町村長」どちらかの証明をもらってください。

⑳ 出産した年月日	平成 年 月 日	㉑ 生産または死産の別	生産	死産(妊娠)	ヵ月 週
㉒ 出生児の数	単胎	多胎(児)	備考		
㉓ 上記のとおり相違ないことを証明する。	平成 年 月 日	医療施設の名称・所在地	××県××市××町		
		医師・助産師名	産婦人科		
㉔ 本籍		㉕ 筆頭者氏名			
㉖ 出生届出日	平成 年 月 日	㉗ 出生児氏名	㉘ 出生年月日	平成 年 月 日	
㉙ 上記のとおり相違ないことを証明する。	平成 年 月 日	区市町村長名	電話(局)番		

共同印刷(株)の被保険者以外は記入してください。

⑳ 支払区分	※ 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	㉑ 預金種別	※ ①:普通 ②:当座 ③:通知 ④:別段	口座名義	フリガナ キョウドウ ハナコ 共同 花子
㉒ 金融機関コード					
㉓ 口座番号					

受取代理人の欄	私は、株式会社を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産育児一時金及び同付加金、金 円也の受領方を委任します。 被保険者住所 県 市 町 (請求者) 氏名 共同 花子	委任者と代理人との関係	従業員
代理人の氏名と印	フリガナ カブシキガイシャ 株式会社	代理人住所	フリガナ ケン シ マチ 県 市 町

領収書	共同印刷健康	氏名	受付日付印
-----	--------	----	-------

共同印刷(株)の被保険者は給与に合算支給のため必ず記入してください。

事業者印
担当者印

※印鑑はシャチハタ印不可
 6、医師・助産師または区市町村長が証明することを受けてください。
 7、証明書が外国語で記入されている場合は、受取人に受取代理人名義の口座を記入してください。
 8、給付金の受領を他人に委任する場合は、受取人に委任事項を記入し、支払金融機関の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に必要事項を記入してください。
 9、法定給付と付加給付を別々に扱っていること
 10、※印鑑はシャチハタ印不可