

A4縦で出力

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

No.

決裁日付印

(記入上の注意事項)

1、標題の「被保険者」と「家族」の別および④の年号、⑤の欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。

2、⑥および⑦は、資格情報のお知らせに記載されています。

3、生産または早産の場合は、⑨に、入院しないで出産した場合は、⑩と⑪の欄に、女子被保険者が出産したための請求である場合は、⑩および⑪欄にそれぞれ「該当せず」と記入してください。

4、⑩の欄の印は、押印してください。また、訂正箇所には記入者と同じ印を押してください。

5、⑫の欄の「死産」の文字がマルで囲まれている場合は、妊娠何カ月目の死産であるかを、かつ⑬に書き入れてもらってください。

6、医師・助産師または区市町村長が証明するところ ⑭または⑮の欄は、どちらか一方で証明を受けてください。

7、証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

8、給付金の受領を他人に委任する場合は、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。

9、※印の欄は記入しないでください。

同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	kenpo: 「直接支払制度」希望の有無により、 どちらかにマル印をつけてください。 請求書には以下の書類を添付してください。 ・「直接支払合意書」の写し ・「出産費用の内訳が記載されている 領収明細書」の写し ※産科医療補償加入機関である場合は 表示があるもの			
支払年月日	令和	年	月	日						
支払額		拾万	万	千	百	拾		円		
※支給決定の額	法定	出産育児	款	項目	拾万	万		千	百	拾
出産の日	令和	年	月	日	摘要	資格	得喪	決定標準報酬月額		
備考										

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金請求書 令和 年 月 日請求

被保険者が記入するところ	被保険者等記号・番号	個人番号（マイナンバー）	④生年月日
	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
	⑤被保険者（請求者）の氏名	フリガナ キョウドウ タロウ 共同 太郎	⑦名称 〇〇〇〇株式会社 ⑧所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇
	被保険者（請求者）の住所	⑥郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇	フリガナ ㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺ ㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺ (電話番号)
	被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の	⑦氏名 共同 花子	㉞生年月日 ㉟年 ㊱月 ㊲日生
	⑦出産した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	⑧生産児数 〇 ⑨死産児数 〇
	入院して出産したときは、その病産院の	⑩名称 〇〇産婦人科	⑪所在地 ××県××市××町××-××-×
	⑫被保険者と出生児の続柄	長女	㉞出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか ある・ない ㉟出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由
	⑬法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額（調整減額）		⑭資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の ⑮被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の
	(備考)		

町医師長・助産師または区市町村長が証明するところはこる市	㉞出産した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	㉟生産または死産の別 生産・死産（妊娠 ㊱カ月 ㊲週）
	㊱出生児の数	単胎・多胎（児）	備考
	㊲上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 医療施設の名称・所在地 〒 〇〇〇-〇〇〇 ××県××市××町××-××-× 医師・助産師名 〇〇産婦人科 〇〇 〇〇 電話（ 〇〇〇〇 局 ） 〇〇〇〇 番		
	②本籍	⑦筆頭者氏名	
	①kenpo: 共同印刷以外の方は健保から直接振込しますのでご記入ください。	㉞出生児氏名	㉟出生年月日 令和 年 月 日
区市町村長名	⑩電話（ 局 ） 番		

機支関払の金欄融	⑪支払区分	※1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	⑬預金種別	※1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	⑭口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	⑫金融機関コード		⑭口座名義	フリガナ キョウドウ タロウ 共同 太郎		
	⑭口座番号					

受取代理人の欄	私は、共同印刷を代理人と定め、令和 〇 年 〇 月 〇 日に請求した出産育児一時金 円也の受領方を委任します。	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	被保険者（請求者）住所 氏名	㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺ 共同 太郎	
	⑮代理人の氏名と印	キョウドウインサツ(カブ) 共同印刷	㉞委任者と代理人との関係 事業主
	代理人住所	⑯郵便番号 112 - 8501	フリガナ トウキョウト ブンキョウク コイシカワ 東京都文京区小石川4-14-12

kenpo: 共同印刷の方は給与に合算して支給の為、必ず委任状をご記入ください。

※ 受付日付印

事業所担当者印