

同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当	担当	
支払年月日	令和	年	月	日						
支払 支給 決定 協議書	支払額				拾万	万	千	百	拾	円
	支給 決定 額	法定 出産 育児	款項目	拾万	万	千	百	拾	円	摘 資 格 得 喪 年 月 日 年 月 日
		付加 出産 育児								
	分娩の日				令和	年	月	日	備考	

健康保険 被保険者 配偶者 出産育児一時金・付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号	記号	番号	被保険者(請 求者)の氏名					
	被保険者の 現住所	〒 -							
	会社名								
	分娩した年月日	令和	年	月	日	生産または 死産の別	生産・死産	妊娠経過 期間	ヶ月 週
	入院して分娩 したときはその 病院・産院の	名称				所在地			
	配偶者の分娩に よる請求である 場合は、その者の	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	* 出生児の氏名			* 被保険者と 出生児の続柄			* 出生児が被 保険者の被扶養 者であるか否か	ある・ない	
	* 出生児が被保険者 の被扶養者でない ときはその理由				備考				

\* 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記入不要です。

医 師 ・ 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	分娩した年月日	令和	年	月	日	生産又は 死産の別	生産・死産	分娩に関し健康 保険で入院の 有無	有・無	
	出生児の数	単胎・多胎(児)		直接支払制度	利用します・利用しません					
	上記のとおり相違ありません						令和 年 月 日			
	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村名									

※ 直接払制度を利用した場合、この欄は被保険者が記入してください。医師・助産師名等の記入は不要です。

※ 下の委任欄の「被保険者住所・氏名」も、ご記入ください。

委 任 欄	私は 事業主 を代理人と定め、出産育児一時金 および 同付加金 の受領方を委任します。								
	令和 年 月 日								
	被保険者	住所 氏名 -----							
	事業主	住所 氏名							

◎ 下記書類(コピーで可)を添付し、各事業所の人事(総務)経由でご提出ください。

- ① 医療機関から交付された直接支払制度に関する同意文書のコピー
- ② 出産費用の領収・明細書のコピー  
※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は「産科医療補償制度加入機関」であることを証する所定の印が押印されたもの

健保受付印