

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						
支払支給決議書	支払額				拾万 万 千 百 拾 円					
	支給決定額	法定	出産	款項目	拾万 万 千 百 拾 円	資格	得	年	月	日
		付加	出産				喪	年	月	日
	分娩の日				令和	年	月	日	決定標準報酬月額	千円
								備考		

# 記入例

## 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	100	番号	9999	被保険者(請求者)の氏名	田熊 一郎			
	被保険者の現住所	〒 660 - 0123 尼崎市田熊町 1-2-3								
	会社名	(株) タクマ								
	分娩した年月日	令和 4 年 8 月 15 日	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 死産	妊娠経過期間	10 週間	39 週		
	入院して分娩したときはその病院・産院の	名称	尼崎市民病院							
		所在地	尼崎市塚口町 7-8-9							
	配偶者の分娩による請求である場合は、その者の	氏名	田熊 幸子	生年月日	昭和 平成	10 年 4 月 15 日				
	* 出生児の氏名	田熊 幸一	* 被保険者と出生児の続柄	長男	* 出生児が被保険者の被扶養者であるか否か	<input checked="" type="radio"/> ある	<input type="radio"/> 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 4 年 8 月 15 日	生産又は死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 死産	分娩に関し健康保険で入院の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎 ( 児)	直接支払制度	<input checked="" type="radio"/> 利用します	<input type="radio"/> 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なかった場合は 医師等に記入してもらってください						

※ 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 4 年 9 月 1 日								
	被保険者	住所	尼崎市田熊町 1-2-3						
		氏名	田熊 一郎						
	事業主	住所	被保険者の勤務先の人事(総務)に 記入してもらってください						
		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