

被保険者
家 族

出産育児一時金・付加金請求書(直接払)

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	—		被保険者氏名			
	被保険者住所	〒 TEL				所属	
	被扶養者(家族) が出生した時	被扶養者 氏 名			被扶養者の 生年月日	昭 平	年 月 日
	出生児の氏名	(フリガナ)				被保険者と 出生児の関係	(例：長男)
	出生年月日	令和 年 月 日		出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある ・ ない	
	出生した 医療機関	病院又は産院の 名 称					
		所 在 地					
	当健保資格喪失後 (退職後6ヶ月以内) に請求の場合 ※必要に応じ当健保から 現加入健保様へ確認の 連絡をさせていただきます。	当健保加入期間	資格取得日(入社日) 資格喪失日(退職日翌日) ~				
		現在加入の 健康保険	名 称	TEL			
			記号番号				被保険者 ・ 被扶養者
給付金の振込先 ※ 東京スター銀行 「オレンジ支店」は 使用できません	銀行 支店						
	口座番号	普通	口座名義 (カタカナ で記入)				
※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です)							
備 考							

注) 多胎の場合は出生児ごとに請求書を提出して下さい。

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 の 証 明	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 週)	
	出生児氏名		出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	
	上記のとおり相違ない事を証明する。			年 月 日	
	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名				

◆◆添付書類◆◆

- ① 住民票(写)または母子手帳「出生届出済証明」が記載されているページの写(出生の事実を証明する書類)
(上記添付がない場合および死産の場合は、医師・助産師又は市町村長の証明欄に記入が必要)
- ② 医療機関と取り交わす「直接払制度を利用する」旨を明確にした合意文書の写
(「出産一時金医療機関直接支払制度同意書(合意書)」等の名称のもの)
- ③ 『産科医療補償制度加入機関スタンプ』の押印がある「出産費用明細書」または「領収証」の写
(制度対象医療機関でご出産の場合は必ずスタンプの押印された書類がありますのでご確認下さい)

支 給 額	法定給付		円
	付加給付		円
	合 計		
決済日	年 月 日		

承認書	常務理事	事務長	担当者

資格	取得	年 月 日	備考欄
	喪失	年 月 日	