

支払年月日		令和 年 月 日	支給支払い決裁書				
支払額		円	常務理事	事務長	会計	扱者	被扶養者 台帳照合
支給決定額	法定 出産 産児	円					
	附加 出産 産児	円					
分べんの日		令和 年 月 日	資格取得		年 月 日		
備考			資格喪失		令和 年 月 日		

被保険者 出産育児一時金請求書 「直接支払制度」・「受取代理制度」を利用しなかった場合  
被扶養者

令和 年 月 日 提出

被保険者の記入するところ	被保険者証の 記号・番号		記号 番号	事業所の名称				
	被保険者の氏名と①		①	生年月日	昭・平 年 月 日			
	分べんした年月日		令和 年 月 日	死産の時はその旨と 妊娠経過期間		(妊娠 ヶ月・ 週)		
	入院して 分べんした ときはその 病・産院の	名称						
		所在地						
	被扶養者が分べん した時はその者の	氏名	生年月日		昭・平 年 月 日			
	出生児の氏名		被保険者と 出生児の関係		出生児が被保険者の被 扶養者であるかどうか		ある ない	
出生児が被保険者の被扶 養者でないときはその理由				備考				

医師・助産師または市区町村が証明するところ	分べんした 年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月 週)		
	出生児の人数	単胎・多胎 ( ) 児	備考			
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 ① TEL					
	本籍			筆頭者氏名		
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 区市町村長名 ① TEL					

委任状	私は、下記の事業主を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和 年 月 日請求した出産育児一時金の受領に関すること。					
	被保険者の	住所 氏名	①			
	事業所所在地 事業主名称 事業主氏名	①				

健保受付印

～ 添付書類 ～

※ 直接支払制度を利用しない旨を記載したもの

※ 出産費用の領収書(産科医療補償制度加入の有無記載があるもの)の写し

【2019.5改訂】