

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号 **	番号 ****	フリガナ ●●● ●●●	被保険者の氏名 ・生年月日 昭和●平成●令和●△△年△月△△日生	
	被保険者の 住所・電話 番号	〒****-**** ●●市●●区●●*丁目*-*		電話番号 092-***-****	日中の連絡先 090-***-****	
	事業所の名 称・電話番号	名称 株式会社●●●●			電話番号 092-***-****	
	被扶養者の出産である ときはその氏名・生年 月日	フリガナ ●●● ●●● ○○ ○○ (続柄 妻)		出生した 年月日 令和△△年△月△日	昭和●平成●令和●△△年△月△日生 ●●● ●●● (続柄 妻)	
	他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている		受けていない		
被保険者に対する支払金融機関						
○○ 銀行		△△ 支店	1.普通 2.当座	1234***	口座 名義 フリガナ ○○ ○○	
医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	分娩年月日	令和△△年△月△日	出生児の数	●●胎 ●●胎 (児)		
	生産・死産の別	●●胎 ●●胎 (児)				
	上記のとおり相違ありません。 令和○○年△月□□日 医療施設の所在地 ●●市●●区●●*丁目*-* 医療施設の名称 ●●●●産婦人科 医師・助産師の氏名 ○○ ○○ 電話 092(○○○)○○○○					
	本籍			筆頭者氏名		
	出生届出日	令和	年	月	日	出生児氏名 生年月日 フリガナ 令和
上記のとおり相違ありません。 令和						
市区町村長名						

【被保険者の方へ】

受付年月日

◎この書類は、分娩費について直接支払制度を利用せず、費用を全額負担された方の手続き用紙です。

◎添付書類

- 医療機関より交付される、費用の内訳が記載された『領収・明細書』の写し。(ただし、産科医療補償制度に加入の医療機関で分娩された場合は、制度加入である事を証明する印の押印があるものに限りです。)
- 医療機関から交付される直接支払制度合意文書の写し。(直接支払制度を利用しない旨が記載されたものに限りです。)