

支給支払決議書	伺年月日	年	月	日
	決裁年月日	年	月	日
	支払年月日	年	月	日
	支払額			
	出産の日	年	月	日

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
資格	資格取得日	年 月 日
	資格喪失日	年 月 日

**健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書（直接支払制度を利用しない）**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		—	事業所名称			
	被 保 険 者 の （ 請 求 者 ） の	個人番号（マイナンバー）					
		氏名		Ⓜ	生年月日	昭和・平成	年 月 日
		住所	〒				
		TEL					— —
	出 産 年月日	平成	年	月	日	生産児数	死産児数
						妊娠経過 期間	ヶ月 週
						出産児の 氏 名	(フリガナ)
	被 保 険 者 が 出 産 し た 場 合	当組合の資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について					
		健保等の名称		被保険者氏名		記号・番号	
被 扶 養 者 （ 家 族 ） が 出 産 し た 場 合	個人番号（マイナンバー）						
	氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	当組合に加入して6ヶ月以内に出産した場合、以前に加入していた健康保険について						
	健保等の名称		本人・家族の別	記号・番号	加入時の氏名	加入期間	
			本人 家族			昭・平 年 月 日～ 平成 年 月 日まで	
振込銀行	銀行	支店	普・当	NO.	名義(カナで)		
受 取 代 理 人 の 欄	<b>被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者（請求者）・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと</b>						
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				請求者と代理人との関係		
	被保険者 （請求者） 氏名		Ⓜ	住所	〒	平成 年 月 日	
代理人の 氏名と印	(フリガナ)		代理人の 住 所	〒			

**【添付書類】**

- ① 医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類、又は市区町村長が発行した戸籍謄本（又は抄本）
  - ② 医療機関等から交付される代理契約に関する文書の写し
  - ③ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
- （「直接支払い制度を用いていない旨」の記載と「産科医療補償制度のスタンプ」が捺印されているもの）

事業所担当印

受付日付印
-------