

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—		被保険者 氏名		
	被保険者の 現住所	〒 — —				(電話 — —)
	事業所の名称			資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	分娩した年月日	令和 年 月 日		生産・死産の別	生産 ・ 死産	
	分娩した病院 又は産院の	名称				
		所在地				
	家族が分娩したときは その者の氏名			分娩した家族の 生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	出生児の 生年月日	令和 年 月 日				
	出生児を育児 しましたか	(ア) 育児した	(イ) 育児しない	(イ)の場合 その理由		
	出生児はあなたの 被扶養者ですか	(ア) 被扶養者である	(イ) 被扶養者でない	(イ)の該当 する理由		

こ ろ	資格喪失後の請求の場合、分べんに 加入している健康保険被保険者証の	保険者名 記号-番号 電話 — —
	資格取得後6カ月以内に本人又は家族が分娩 した場合、資格取得以前の健康保険被保険者証の	保険者名 記号-番号 電話 — —

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出生した年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)		
	出生児の数	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					
	本 籍			筆頭者氏名		
	出生届出日		出生児氏名		出生年月日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市 区 町 村 長 名					

委 任 状	私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	1. 令和 年 月 日に請求した出産育児一時金・付加金の受領に関すること。				
	被保険者 (請求者)	住 所 氏 名			
	代 理 人	住 所 氏 名			

公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。 下記に記入があった場合は下記優先)	令和 年 月 日提出
振込の銀行名	銀 行 信用金庫		支店
口座番号	普通・当座		
フリガナ			
名義人氏名			

添付書類について

- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(出産日や単胎・多胎、受取代理額の記載のあるもの)のコピーを添付してください。
(領収・明細書には、「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています。)
- 医療機関等から交付される、「直接支払制度に係る代理契約に関する文書(合意文書)」のコピーを添付してください。
(代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結していない旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています。)