

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 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	○○○○ — △△△	被保険者氏名	健保のぞみ			
	被保険者の現住所	〒 ○○○ — ○○○○ さいたま市○○区○○町○○○-○○			(電話 048 — ○○○ — ○○○○)		
	事業所の名称	(医)○○病院		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 又は産院の所在地	名称	(医)○○○クリニック				
		所在地	さいたま市○○区○○町○—○○○				
	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
	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	配偶者の扶養のため			
資格喪失後の請求の場合、分べん日に 加入している健康保険被保険者証の 記号-番号	保険者名		電話	— —			
資格取得後6ヶ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 記号-番号	保険者名		電話	— —			

医師・助産師 又は市區町 村長が 證明する ところ	出産した年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	生産・死産の別	生産 • 死産 (妊娠 週)			
	出生児の数	單胎 • 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 师 ・ 助 産 师 名 さいたま市○○区○○町○—○○○ (医)○○○クリニック						
	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						
	印						

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事。						
	令和 年 月 日	被保険者(請求者)	住 所	姓	名	代理 人	住 所

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 <input checked="" type="checkbox"/> 。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 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 提出 受付
振込の銀行名	○○		銀 行	△△	支店		
口 座 番 号	普通 • 当 座		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○				
フ リ ガ ナ	ケンボ ノゾミ						
名 義 人 氏 名	健保のぞみ						

添付書類について

1. 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。)
2. 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。)