

記入例

被保険者  
被扶養者

出産育児一時金請求書

【直接支払制度を利用しない場合（出産後に申請する場合）】

被扶養者が出産した時

令和 年 月 日 提出

事務長	担当者	担当者	入力者

支給額	¥	資格取得年月日	昭和 平成 30年 4月 1日 令和	資格喪失年月日	令和 年 月 日
被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号	部署番号	氏名番号及び氏名		
	1 - 23456	0620	名 鉄 太 郎 (印)		
	現住所 〒	123-4567	名古屋市中村区名駅 1-2-3	TEL 052- 111 - 1234	
	分娩者氏名	名 鉄 花 子		分娩者生年月日	昭和 5年 12月 10日 平成
	分 娩 年 月 日	令和 3年 10月 1日	出生児氏名	名 鉄 二 郎	
	流産・死産の場合	ヵ月 週の流産又は死産である。		被扶養者(分娩者)認定年月日	平成 令和 19年 10月 5日
入院して出産した時の分娩機関	名称 所在地 出産された病院名等と所在地を記入して下さい				
出生児が被扶養者でないときの理由	続柄： 氏名： の扶養者である。 ↳ 名鉄健保に加入...している ・ していない				
証 明 欄	所属長	役 職	事業主	記入・押印して下さい	
		氏 名	または 代 務 者	(印)	
受 領 委 任 欄	請求金額の受領を上記事業主（または代務者）に委任します。		被保険者氏名	名 鉄 太 郎 (印) (被保険者が記入する欄と同一の印鑑を使用すること)	
医 師 等 証 明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。		医師・助産師 医療機関等の名称	所在地 氏 名	
	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。		市区町村長名 令和 年 月 日 (印)		

該当の時は記入し、銀行振込依頼書も添付して下さい

医療機関等または市区町村のいずれかで証明を受けて下さい

● 医師等証明欄は、医療機関等または市区町村のいずれかで証明を受けること

【添付書類】

- 医療機関発行の出産費用の領収・明細書の写し（産科医療補償制度加入分娩機関で出産の場合、制度加入機関であることを証明する「スタンプ」の押印、または「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言があること）
- 医療機関から交付された「直接支払制度を利用していない」ことがわかる文書のコピー
- 4ヶ月以上の流産・死産の場合は、死産届または埋葬許可証の写しを添付すること
- 被保険者退職の場合は、銀行振込依頼書を添付すること