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 令和 30 年 4 月 1 日	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日

該当の時は記入し、銀行振込依頼書も添付して下さい

被保険者が記入する欄

被保険者証等記号番号	1 — 23456	氏名	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 平成 5 年 12 月 10 日
続柄	妻		
分娩年月日	令和 3 年 10 月 1 日	出生児氏名	名 鉄 二郎
続柄	次男		
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 出産された病院名等と所在地を記入して下さい 所在地		
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 氏 名 記入･押印して下さい 印	事業主または代務者	記入･押印して下さい 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。

令和　年　月　日

医師・助産師
医療機関等の名 称
所在地
氏 名 印

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。

令和　年　月　日

市区町村長名
印

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写し
- 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

令和 8.3.31 改正