

記入例

出産育児一時金請求書

被保険者  
被扶養者

【直接支払制度を利用しない場合（出産後に申請する場合）】

被保険者が出産した時

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 険 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		(印)		
	1 - 34567	0620	名 鉄 花 子				
	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 1年 8月 12日	出生児 氏名	名 鉄 一 男		続柄	長男
	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 年 月 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					
出生児が被扶養者 でないときの理由	続柄： 夫 氏名： 名鉄 太郎 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 または 代務者	記入・押印して下さい			
	氏名	記入・押印して下さい	印	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 花 子 (印)			
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	令和 年 月 日			
			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。		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