

被保険者 出産育児一時金請求書

被扶養者 【直接支払制度等を利用しない場合（出産後に申請する場合）】

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 年 月 日	資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証等記号番号 —		氏名 印		
	現住所 〒		TEL — —		
	分娩者 氏名		分娩者 生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄
	分娩 年月日	令和 年 月 日	出生児 氏名		続柄
	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 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 印	事業主 または 代務者	印	
	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 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 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	

● 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