

本人(被保険者)の場合→ 被保険者
家族(被扶養者)の場合→ 被扶養者

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者氏名	日新 太郎		事業所の名称	日新電機株式会社	
	被保険者証 の記号番号	記号 11	番号 - 123456	所 属	●●部 △△グループ	
	分娩した年月日	元号●●年 10月 1日		死産のときは その旨		
	入院して 分娩した場合	産院又は 病院の名称	■■産婦人科			
		上記の所在地	京都市右京区梅津高畝町B-1番地			
	配偶者が 分娩した場合	氏 名	日新 花子			
		生年月日	元号●●年 5月 1日			
	出生児について	氏 名	日新 一郎			
		被保険者 との続柄	長男			
	被保険者が 分娩したとき	夫の氏名	(年 月 日生)		夫の被保険者証 の記号・番号	
勤務先名称		-----				
退職者のみ記入 振 込 先	勤務先住所	-----				
	銀 行 信用金庫 信用組合	支店	普通・当座 名義人氏名	口座番号 フリガナ	-----	

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分娩した年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週 日)		
	出生児(胎児)の数	単胎・多胎 (児)		産科医療補償制度	加入 有 ・ 無	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			医療機関等の所在地		
	年 月 日			" 名 称		
			医師または助産師名 (印)			

【添付書類】
1. 生産の場合 → ①母子手帳1ページ目の写し(市区町村長証明印があるページ・保護者氏名が記入してあるもの)
又は請求書内に医師または助産師の証明をもらう。
②領収書の写し(産科補償医療制度加入のスタンプがあるもの)
③合意文書の写し(医療機関が発行する直接支払制度の合意確認書類)
2. 死産の場合 → 請求書内に医師または助産師の証明をもらう。

上記によって出産育児一時金を請求します。
なお私の受ける上記給付金の受領方を日新電機株式会社 社長 ○○ ○○ に委任します。
元号●●年 月 日 住所 京都市右京区梅津▲▲町A-1
被保険者 氏名 日新 太郎 (印)

日新電機健康保険組合理事長殿

支給決定及び支払決議書

常務理事	事務長	係	支給年月日	法定給付額
			年 月 日	