被保険者
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		事業所の名称	
	従業員番号		所　　属	
	分娩した年月日	年　月　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		
		上記の所在地		
	配偶者が分娩した場合	氏　名		
		生年月日	年　月　日	
	出生児について	氏　名		
		被保険者との続柄		
	被保険者が分娩したとき	夫の氏名　（　年　月　日生）		夫の健康保険の記号・番号
		勤務先名称		
		勤務先住所		
	退職者のみ記入 振込先	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。 年　月　日		医療機関等の所在地 〃　名　称 医師または助産師名　㊞	

【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 事業所名＿＿＿＿＿＿社長＿＿＿＿＿＿に委任します。

年　月　日

被保険者

住所

氏名　㊞

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	