支給決議書	決裁年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	担当者	担当者
	一時金	408,000円　420,000円				
	分娩日	令和　年　月　日				
	資格取得日	昭・平・令　年　月　日				
	資格喪失日	令和　年　月　日				
	支払年月日	令和　年　月　日	被扶養者台帳照合者印			

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

日本製紙健康保険組合　御中　　令和　1　年　5　月　10　日　提出

被保険者が記入するところ							
被保険者証の記号一番号	111 — 99999	被保険者の氏名	日本　太郎				
被保険者証の現住所	〒△△△-△△△△　TEL 00-0000-0000 ●●●●●●●●●●●●●1－2－3						
被保険者の勤務する事業所	名称	日本製紙株式会社					
	所在地	東京都千代田区神田駿河台4－6					
分娩したものの氏名及び生年月日	氏名	日本　花子	生年月日	昭和 平成 令和　2　年　5　月　5　日			
分娩した年月日	令和　1　年　5　月　1　日	死産のときはその旨		妊娠経過週間	10　ヶ月　週		
入院して分娩したときはその病院の	名称	日本病院	自費での入院ですか健保ですか	自費 健保 その他			
	所在地	東京都台東区上野1－1－1					
出生児の氏名	日本　一太郎	被保険者と出生児の続柄	長男	出生児が被保険者の被扶養者であるか	ある ない		
出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由							
支払希望金融機関	◇「支払希望金融機関」は資格喪失後の申請（会社を退職あるいは任意継続を脱退して資格を喪失した方）のみ記入。 銀行　支店	普・当	口座番号	口座名義（カタカナ）			

受取代理人の欄	
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。 令和　1　年　5　月　10　日 被保険者（申請者）住所　●●●●●●●●●●●●●1－2－3 氏名　日本　太郎
	代理人（事業主）所在地 名称
	委任者と代理人との関係：事業主

医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ					
分娩した年月日	令和　年　月　日　出産	出生児の数	単胎・多胎（　児）		
生産または死産の別	生産・死産（妊娠　ヶ週　）	備考			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 医療施設の名 所在地 医師・助産婦名 電話番号					
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します。 令和　年　月　日 市区町村長名 電話番号					

1．この請求書は、被保険者又は被扶養者の分娩に関し、直接支払制度を利用しなかった場合に、出産育児一時金の額（産科医療補償制度加入機関での分娩は42万円、その他の場合は408,000円）を、被保険者に支払う為の申請用紙です。

2．出産後、医療機関等が発行する費用の内訳及び専用請求書の内容と相違ない旨を記した「領収・明細書」（写）を添付して下さい。また、医療機関等が発行する直接支払いをしない旨を記した医療機関等との「合意文書」（写）を添付して下さい。

3．産科医療補償制度加入の医療機関等における在胎週数22週に達している場合の「領収・明細書」には産科医療補償制度加入を証明するスタンプの押印が必要です。

受付印