被保険者
家　　族　出産育児一時金 兼 内払金 請求書

被保険者記入欄	被保険者等	記号		番号		被保険者氏名	
	事業所名 所属	(所属)			生年月日	(和暦)　年　月　日
	被保険者 居所住所	〒　－			TEL	
	分娩年月日	(和暦)　年　月　日				
	海外出産	□ 該　当　□ 不　該　当				
	被扶養者が 分娩した場合	氏名			生年月日	(和暦)　年　月　日
	備考欄		被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）**※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。**			

医師・助産師または市区町村長の証明欄	分娩年月日	(和暦)　年　月　日	生産または死産の別	□ 生産
	出生児の数	□ 単胎　□ 多胎　（　　児）		□ 死産　（満　　週　　日）
	うえのとおり相違ないことを証明します。 (和暦)　年　月　日 住 所 （ 所 在 地 ） 医師･助産師名又は 市 区 町 村 長 名　TEL			

◎上記の証明がとれない場合は、次のいずれかの写しを添付してください。

母子手帳（出生届出済証明の記載頁）、出生証明書、住民票記載事項証明書、戸籍（謄本・抄本）

委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。 (和暦)　年　月　日 被保険者氏名

受付日付印

※退職された方のみご記入ください。（被保険者本人名義に限ります。）

※退職者記入欄	銀行コード	支店コード	口座番号			
	□ 銀行　□ 農協 □ 信金　□ 信組	□ 本店 □ 支店	種別	□ 普通 □ 当座		
	フリガナ 名義人					

◎ 直接払いを利用しなかった場合は、次の写しを添付してください。　※海外で出産された場合は添付不要

＊1 直接支払制度を利用しないことが明記されている『医療機関等（病院、診療所、助産所）発行の合意文書（写）』

＊2 『医療機関等発行の領収・明細書（写）』

「直接支払制度を利用しない」旨の記載および「産科医療保障制度」に医療機関等が加入している証明印があるもの

◎ 直接払いを利用した出産費用が一時金より少なかった場合は、次の写しを添付してください。

＊1 直接支払制度を利用したことが明記されている『医療機関等（病院、診療所、助産所）発行の合意文書（写）』

＊2 出産費用の内訳が記載された『医療機関等発行の領収・明細書（写）』

「直接支払制度を利用した」旨の記載および「産科医療保障制度」に医療機関等が加入している証明印があるもの

ＩＨＩグループ健康保険組合　2024.12