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	1	番号	1 2 3 4 5	被保険者氏名	健 保 花 子		
	事業所名 所属	株式会社 IHI 総務部 総務課			生年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 3 月 3 日		
	被保険者 居所住所	〒 111 - 1111 東京都豊洲3丁目1-1 IHIマンション111号			Tel	03-3333-3333		
	分娩年月日				(和暦) ×× 〇〇 年 7 月 7 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。				

市 医 師 町 ・ 村 長 の 証 明 欄	分娩年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 7 月 7 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 12 週 日)
	うえのとおり相違ないことを証明します。 (和暦) ×× 〇〇 年 7 月 21 日 住所 (所在地) 東京都中央区〇〇町15 医師・助産師名又は 市区町村長名 東京都立〇〇記念病院 〇〇 〇〇 Tel 03-8888-8888			

◎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) ×× 〇〇 年 7 月 25 日	☒ 在職者のみ記入	受付日付印
	被保険者氏名	健 保 花 子	

※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	1 2 3 4	支店コード	5 6 7	口座番号	8 9 0 1 2 3 4
	たんぽぽ	☒ 銀行 ☐ 農協 ☐ 信金 ☐ 信組	豊洲	☐ 本店 ☒ 支店	種別	☒ 普通 ☐ 当座
	フリガナ	ケンポ ハナコ		退職者のみ記入		
	必ずお読みください		健 保 花 子			

◎ 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