


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	被保険者証 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 の住所	〒 9 8 7 - 6 5 4 3 東京都中央区佃五丁目3番2号 ロイヤル・パーク101号			TEL	0 3 - 3 3 3 3 - 3 3 3 3	
	分娩年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 7 月 7 日	出生児の氏名		健 保 一 郎	続柄	長男
	海外出産 (該当箇所に「レ」を入れてください)		<input type="checkbox"/> 該 当		<input checked="" type="checkbox"/> 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	被保険者証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。					

市 医 区 師 町・ 助 産 の 証 ま 明 た 欄 は	分娩年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 7 月 7 日	生産または 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)		<input type="checkbox"/> 死産 (満 1 2 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 2 1 日 住所 (所在地) 東京都中央区〇〇町 1 5 医師・助産師名又は 市区町村長名 〇〇 〇〇  TEL 0 3 - 8 8 8 8 - 8 8 8 8			

◎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。			在職者のみ記入	受付日付印
	(和暦)	×× 〇〇 年 7 月 2 5 日			
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	豊洲	<input type="checkbox"/> 本店	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通
		<input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組		<input checked="" type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 当座
フリガナ		ケンポ ハナコ		健 保 花 子		
必ずお読みください				退職者のみ記入		

◎ 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」に医療機関等で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」に医療機関等で加入している証明印があるもの