

被保険者 出産育児一時金請求書

健保受付印

住友金属健康保険組合 御中

請求者の記入欄	被保険者証記号番号	10	1234567	請求者
	分娩年月日	平成 14年 3月 20日		請求年月日 平成 14年 3月 26日
		(生産・死産)		住所 大阪市〇〇区〇〇町
	出生児の氏名	〇〇 〇〇		〇〇番地〇〇
				所属 〇〇室 社員番号 1234567
				氏名 〇〇 〇〇 (印) TEL (内線) 1234
	他制度から給付を受けているかどうか	受けている ・ 受けていない		
	備考	平成14年2月1日資格喪失		

医師・助産師又は市区町村長の証明欄	分娩者氏名	〇〇 〇〇		分娩年月日	平成14年 3月 20日
	生産又は死産の別	生産・死産 (〇月)	男	出生児の数	単胎・多胎 (〇児)
	上記の通り相違ないことを証明する。				
	平成 14年 3月 25日				
	医療施設の名称・所在地 大阪府〇〇区〇〇町〇〇番地				
	〇〇〇〇病院				
	医師・助産師名 医師 〇〇〇〇 印 TEL 06-123-1234				
町村長の証明欄	本籍	大阪 都道 府 県		筆頭者氏名	〇〇 〇〇
	出生届出日	平成14年 3月 23日	出生児氏名	〇〇 〇〇	出生年月日
	上記の通り相違ないことを証明する。				
	平成14年 3月 23日				
	市区町村長名 〇〇〇〇市長 〇〇〇〇 印				

- (注)
- この請求書は、妊娠4ヶ月以上の胎児を出産した場合で、「直接支払制度」を利用しなかった方や海外で出産した方が請求するものです。
 - 氏名を本人自ら署名した場合の申請印の捺印は不要です。
 - 他の医療保険制度から既に出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入して下さい。
 - 備考欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入して下さい。
 - 平成21年10月1日以後の出産については、必ず分娩機関から交付される「合意文書」の写しと「領収・明細書」の写しを添付して下さい。