

家族が直接支払制度を利用して
出産した場合の記入例

| | | | | |
|-------------|---------|-------|-----------|------------|
| | | 支給の場合 | 被扶養者調書点検印 | |
| 出産費用 | ***,*** | 円 | 資格取得年月日 | H**年**月**日 |
| (家族)出産育児一時金 | **,** | 円 | 資格喪失年月日 | H**年**月**日 |

被保険者
家 族

出産育児一時金 請求書

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|---|------------------------|----------------------|------------------|----------------|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者の | 被保険者証の 記号番号 | 1 - 123456 | | 氏名 | 健保 太郎 | |
| | | 住所 | 大阪市北区◇◇ *-*-* | | | | |
| | 分娩年月日 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 死産の時はその旨 | | | | |
| | 分娩した場所 (自宅分娩の場合はその旨) | 医療施設等の 名称 | ◇◇病院 | | 医療施設等の 所在地 | 大阪市西区□□ *-*-* | |
| | 家族の分娩であるとき | 氏名 | 健保 花子 | | 生年月日 | 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
| | | 資格取得日 (保険証で確認) | 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | | | |
| | | 扶養認定以後、6ヶ月以 内で出産した場合、扶養 認定日以前に加入して いた健康保険者名、記 号・番号を記入 | <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | | 記号 | 番号 | |
| | 出生児の | 生年月日 | 令和 △ 年 △ 月 △ 日 | | | | |
| | 出生児が被扶養者であるかどうか | 被扶養者で ある・ない | | 出生児が被扶養者でない場合は その理由 | | | |
| | 1年以上被保険者で あった方が資格喪失 後、6ヶ月以内に出産 する場合 | 資格喪失日 (退職日の翌日) | 平成 年 月 日 | | | | |
| 現在加入している 健康保険者名、 記号・番号を記入 | | <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | | 記号 | 番号 | | |
| 受 取 方 法 (①②いずれか記入) | ①在籍中の方 会社へ委任 して下さい | 私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 × 年 × 月 × 日 | | | | | |
| | ②上記以外 振込先を記入 して下さい (任継者は記入不要。 登録口座へ振込) | 被保険者の氏名 | 健保 太郎 | | 銀行 信金・信組 労金・農協 | 本店・出張所 支店・営業部 | 普通・当座 |
| | | 口座 番号 | (フリガナ) 口座名義 | | () | | |

| | | | | | |
|---|--------------------|------------|----------|-----------------------|--|
| 市 区 助 産 村 長 証 明 欄 又 は 医 師 | 分娩年月日 | 平成 年 月 日 | 生産・死産の別 | 上座 死産 (妊娠第 月又は第 週) | |
| | 出生時の数 | 単胎・多胎 (児) | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | 令和 年 月 日 | | |
| 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦 市区町村長名 | | 記入不要 | | | |