



健 保 組 合	担 当 者

事 業 所	所 属 長	担 当 者

受付印

直接支払制度の利用なし ☐
直接支払制度利用の差額 ☒

出産育児一時金請求書

☒被保険者
☐家族

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る こ ろ	健 康 保 険 号 ・ 番 号	1 2 4 - 5 6 7 8 9	被保険者氏名	三洋 桜子		
	被 保 険 者 の 住 所 ・ T E L	〒1 2 3 - △△△△ 大阪府大阪市中心区高麗橋△-△-△ (TEL 0 6 - 1 2 3 4 - △△△△)				
	事 業 所 名 称	△△電機株式会社 大阪事業所 総務部				
	資 格 取 得 年 月 日	昭(平)令20年 4月 1日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日		
	分 娩 し た 医 療 機 関	医 療 機 関 名	△総合医療病院 産婦人科			
		所 在 地	大阪府守口市病院大通り△-△-△			
	分 娩 年 月 日	令和 2年10月 1日	生 産 又 は 死 産 の 区 別	☒ 生産 ☐ 死産 (満 週)		
	出 生 児 数	単胎・多胎(1児)	出生児が被保険者の 扶養であるかの有無	☐ ある ☒ ない		
	家 族 が 分 娩 し た 場 合	分 娩 し た 家 族 の 氏 名				
		分 娩 し た 家 族 の 生 年 月 日	昭・平 年 月 日	被保険者との 続柄	☐ 配偶者 ☐ その他 ()	
家族が被扶養者認定 後6カ月以内に分娩 した場合は、以前に加 入していた健康保険 について記入して下 さい。		保 険 者 名 称	☐ 健康保険組合 ☐ 社会保険事務所 ☐ 国民健康保険			
		加 入 期 間 (任意継続期間除く)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

医 証 明 ・ 助 産 と 師 こ ろ	分 娩 年 月 日	令和 2年10月 1日	生 産 又 は 死 産 の 区 別	☒ 生産 ☐ 死産 (満 週)
	出 生 児 数	単胎・多胎(1児)		
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 2年10月 4日 医 療 機 関 等 の 所 在 地 大阪府守口市病院大通り△-△-△ 医 療 機 関 等 の 名 称 △△総合医療病院 産婦人科 医 師 又 は 助 産 師 の 氏 名 守口 △△ (TEL 0 6 - 1 2 3 4 - △△△△)			

市 証 明 す る と こ ろ	本 籍 地				
	筆 頭 者 氏 名		出 生 届 出 日	令和 年 月 日	
	出 生 児 氏 名		出 生 年 月 日	令和 年 月 日	
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市 区 町 村 長 名 (印)				
	(TEL - -)				

※「医師・助産婦」もしくは「市区町村長」のどちらか一方の証明を受けてください。

※次の書類の写しを添付してください。

①直接支払制度についての利用有無の書類(写) ②分娩費用の明細書(写)または領収書(写)