支給決定額	円

健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金請求書

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者記号・番号	－	被保険者氏名		
	被保険者の現住所	〒　　－ TEL　　（　　）			
	事業所名		被保険者資格取得年月日	年　月　日	
	分娩者	本人・家族	家族である場合の氏名		続柄
	分娩年月日	年　月　日　生産 死産	生産児数	人	
			死産児数	人	

医師・助産師が証明するところ	分娩年月日	年　月　日	生産・死産の別	生産　・　死産
	出生児の数	単胎・多胎（　　児）		妊娠　第　週

上記のとおり証明する。

年　月　日

医療施設
所在地
名称
電話番号　（　　）
医師氏名　㊞
助産師氏名　㊞

※ 受付日

水産連合健康保険組合理事長殿
上記により請求します。
年　月　日
被保険者(請求者)氏名　㊞

うえの請求金額の受領を　　に委任します。
年　月　日
被保険者(請求者)氏名　㊞

うえの受領に関する委任を受託します。
年　月　日
委任者氏名　㊞

領収書
上の請求に対する給付金として金　　円を受領しました。
年　月　日
受領者氏名　㊞

◎添付書類　Ⅰ.出産育児一時金等申請・受理代理契約書(合意書)控えの写し
Ⅱ.出産された医療機関等が発行する分娩費内訳明細書(領収書)の写し【産科医療保障制度の対象分娩の場合は所定印が必要】

＊この請求書には、医師又は助産師の証明欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。
しかしながら、健康保険法施行規則における医師又は助産師証明、市区町村証明の取り扱いについては、被保険者が請求する場合はこれらのどちらかを請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされております。つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求欄に、医師又は助産師の証明又は、市区町村の証明書を添付のうえ提出していただいて結構です。