

出産育児一時金請求書



【改訂：2024年4月】

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者名									
	被保険者の現住所	〒 ()		TEL ()								
	被保険者の職場名			職場の 電話番号								
	被扶養者の出産の場合 被扶養者氏名			被扶養者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日				
	出産年月日	令和	年	月	日	出生児数	人	死産児数	人			
	出産した医療機関等 (自宅出産の場合その旨)	医療機関等の名称										
		医療機関等の所在地 〒 () TEL ()										
	産科医療補償制度 への加入について	加入無		加入有 (→加入証明スタンプ押印の領収書の写しを添付してください)								
	直接支払・受取代理 制度利用について	利用無		利用有 (→重複請求になるため申請不要)								
	振込口座 について	振込先に公金受取口座を希望する場合は、チェックしてください。 公金受取口座を希望します (マイナポータル等で事前登録した口座) → ※経費口座を希望する場合は、チェックは不要です。 ※公金受取口座情報の反映には、登録から数日を要します。 ※給付日直前の変更や登録に誤りがあった場合は、給付日が遅延する場合があります。										
証 明 欄 (ど ち ら か 一 方 で 可)	出産した方が ・退職後6か月以内の被保険者である場合、 現在加入している健康保険について記入 ・当健保組合に加入して6か月以内の被扶養者である場合、 以前加入していた健康保険について記入			保険者名								
				記号・番号								
	出産年月日	令和	年	月	日	直接支払・受取代理 制度利用について	利用無	・	利用有			
	出生児数	ここからは、申請者は		死産児数 (妊娠週数)	人 (妊娠週)							
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関等の名称・所在地 医師・助産師名 Ⓜ (押印省略可)											
市区町村長の証明	本籍			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
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 Ⓜ											

■ご記入の際は裏面の記入要領を、よくお読みの上ご記入ください。

■ご記入いただいた個人情報は、出産育児一時金の振込みにのみ利用させていただきます。

【提出先およびお問合せ先】Y K K 健康保険組合

〒938-8601 富山県黒部市吉田200

TEL: (外線) 0765-54-8650 (内線) 772-3920

FAX: (外線) 0765-57-0326 (内線) 772-3929

受付印