

記入例① 被扶養者（ご家族）が出産の場合

支給金額	円
支給 出産育児一時金	円
内訳 出産育児一時金	円
分娩日	年 月 日
取得日	S・H・R 年 月 日
保険証に記載してある記号番号	千円 被扶養者確認印

支給支払決議書		
常務理事	事務	担当
記入不要		

医療機関への直接支払制度を利用した場合はこちらの請求書を使用して下さい。

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号・氏名	記号 番号 123 - 456789	被保険者が勤務する(していた)事業所	名称 〇〇株式会社
	被扶養者の方の分娩のときの方の氏名	健康 太郎	所在地	〇〇県××市△△ 1-2-3
	出生状況	分娩日 平成 24年 5月 15日	生年月日	被扶養者の生年月日 昭平・令 60年 3月 3日
	出生児の状況	氏名 健康 花太郎	被扶養者となるか	ハイ イイエ
	被保険者であった者が分娩した場合、夫に関する状況	勤務先の事業所名称	勤務先の事業所所在地	電話番号(- -)
	妻(家族)が被扶養者に承認後6ヶ月以内の分娩の場合は妻に関する状況	承認前に勤務していた場合	承認前に勤務していなかった場合	被扶養者に承認される前に加入していた健康保険は イ. 国民健康保険に加入 ロ. 親等の被扶養者 ハ. その他()
	振り込み希望の金融機関名	銀行 金庫 〇〇 組合 ××	本店 普通 支店 当座	口座番号 1234567
	上記の通り申請し	被保険者名義の口座	住所	H 24年 5月 20日
	京葉ガス健康保険組合理事長殿	被保険者の住所	〇〇県△△市××町 1-2-3	氏名 健康 太郎
	提出日			

委任状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。
被保険者の住所 氏名	代理人の住所 氏名

* 申請者以外の者が受領するときは上記、委任状記入、振込先は代理人口座を記入して下さい

以下の証明欄は出産費用の全額を病院へ個人で支払い、当健保に出産育児一時金を申請するときに使用します。

医師・助産師又は市町村長が証明する欄	分娩年月日	生産、死産の別	妊婦経過期間	出生児の数
	年 月 日	生産・死産	(月又は第 週)	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明する			
	医療施設	記入不要		
出生届出日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する				市区町村名
				印

★精算時に病院で発行された(「※産科医療保障制度」の印のある)領収明細書コピーを添付して下さい。
※産科医療保障制度に加入していない病院は除く

記入例② 被保険者（ご本人）が出産の場合

支給金額	円
支給 出産育児一時金	円
内訳 出産育児一時金	円
分娩日	H 年 月 日
取得日	S・H 年 月 日
	H 年 月 日
	千円 被扶養者確認印

支給支払込議書			
常務理事	専任	担当	
記入不要			

医療機関への直接支払制度を利用した場合はこちらの請求書を使用して下さい。

保険証に記載してある記号番号

被保険者
家族

出産育児一時金(付加金・差額)請求書

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号・氏名	記号 番号 123 - 456789	被保険者が勤務する(していた)事業所	名称 〇〇株式会社
	被扶養者の方の分娩のときの方の氏名	氏名 健康 花子	所在地	〇〇県××市△△ 1-2-3
	出生状況	分娩日 平成 24年 5月 15日	生産児数 死産児数	生産・死産の別 生産 死産
	出生児の状況	氏名 健康 花太郎	被保険者との続柄 長男	被扶養者となるか ハイ・イエ
	被保険者であった者が分娩した場合、夫に関する状況	被保険者証の記号・番号	記号	番号
	退職後6ヶ月以内の分娩	健康保険組合 国保・共済組合	名称	電話番号(- -)
	妻(家族)が被扶養者に承認後6ヶ月以内の分娩の場合は妻に関する状況	承認前に勤務していた場合	承認前に勤務していなかった場合	被扶養者に承認される前に加入していた健康保険は
	振り込み希望の金融機関名	銀行・金庫 〇〇 組合 ××	本店 普通	口座番号 1234567
	上記の通り申請します	被保険者名義の口座	支店 当座	口座番号 1234567
	提出日	H 24年 5月 20 日		

委任状 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。
被保険者の住所 代理人の住所
氏名 氏名

* 申請者以外の者が受領するときは上記、委任状記入、振込先は代理人口座を記入して下さい

以下の証明欄は出産費用の全額を病院へ個人で支払い、当健保に出生育児一時金を申請するときに使用します。

医師・助産師又は市町村長が証明する欄	分娩年月日 年 月 日	生産・死産の別 生産・死産	妊婦経過期間 (月又は第 週)	出生児の数 単胎・多胎(児)
上記のとおり相違ないことを証明する	医療施設の			年 月 日
出生届出日 年 月 日	年 月 日			年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する	市区町村名			印

★精算時に病院で発行された(「※産科医療保障制度」の印のある)領収明細書コピーを添付して下さい。
※産科医療保障制度に加入していない病院は除く