

支 給 支 払 決 議 書					
伺年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
決裁年月日	平成 年 月 日				
支給年月日	平成 年 月 日				
支給額					円
支払差額					円

被 保 険 者
家 族

出 産 育 児 一 時 金 (差 額) 請 求 書

提出日 平成 年 月 日

①被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者の氏名		印	
		番号		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	被保険者の 現住所	〒 — —		TEL	—	—	
	事業所名 (SC名)			TEL	—	—	
	資格取得日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日		
	分娩年月日	平成 年 月 日		生産・死産の別		新生児の数	
				生産・死産 (週)		単胎・多胎 (児)	
	出生児の氏名	フリガナ		続柄	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可		
		姓	名				
	家族が 出産した場合	フリガナ		続柄	生年月日	扶 養 認 定 日	
氏 名		姓	名	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成	
送 金 先 金融機関名 (被保険者の口座)	銀行 金庫 農協		支店 (普通)	口座番号 フリガナ 口座名義			

注 意 事 項	<p><添付資料></p> <p>直接支払制度を利用した一時金請求の場合</p> <p>1. 合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)</p> <p>2. 領収・明細書のコピー</p> <p>※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること</p>	<p>直接支払制度を利用しない一時金請求の場合</p> <p>3. 合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)</p> <p>4. 領収・明細書のコピー</p> <p>※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること</p> <p>5. ②医師・助産師の証明又は③市区町村長どちらかの証明をとってください。</p> <p>とれない場合住民票(原本)を添付して下さい。</p>	<p>直接支払い制度を利用した場合</p> <p>※以下②③および住民票原本添付は省略可</p>
------------------	---	---	--

②医 師・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩 年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (週)	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	<p>上記のとおり相違ないことを証明いたします。</p> <p>所在地</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>名称</p> <p>医師又は助産師の</p> <p>氏 名</p> <p>印</p> <p>TEL — —</p>					

証③ 市 区 町 村 長 が	本籍				筆頭者名	
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	平成 年 月 日
<p>上記のとおり相違ないことを証明いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>市区町村長名</p> <p>印</p> <p>TEL — —</p>						

健 保 記 入	家族出産育児一時金の受給の有無		付加金	有・無	*確認者	印
	有・無	受給年月日 年 月 日	差額支払	有・無		
	先方担当者					

*受付印

渡 辺 パ イ プ 健 康 保 険 組 合

どちらかを

被保険者
家族

出産育児一時金（差額）請求書

記入例

提出日 平成 22年6月29日

①被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	1000	被保険者の氏名	健保 太郎 (健保)					
		番号	11111	生年月日	昭和 平成	47年 12月 1日				
	被保険者の 現住所	〒 130 - 0014		TEL	03 - 1234 - 1234					
		東京都墨田区亀沢1-1-1								
	事業所名 (部課・店名)	渡辺パイプ(株)		TEL	03 - 2222 - 1234					
		〇〇サービスセンター								
	資格取得日	昭和 平成	2年 4月 1日	資格喪失日	平成 年 月 日					
	分娩年月日	平成 21年10月 20日		生産・死産の別	新生児の数					
			生産・死産(週)	(単胎)・多胎(児)						
出生児の氏名	フリガナ	ケンボ	イナロウ	続柄	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可					
	姓	健保	名	一郎						
				長男						
家族が 出産した場合	氏名	フリガナ	ケンボ	ハナコ	続柄	生年月日	扶養認定日 ※保険証で確認			
		姓	健保	名	花子	妻	昭和 平成	49年 8月 3日	昭和 平成	20年 12月 1日
送金先 金融機関名 (被保険者の口座)	三井住友 銀行		金庫	本所	支店	農協	口座番号	1234567		
							フリガナ	ケンボ タロウ		
							口座名義	健保 太郎		

注 意 事 項	〈添付資料〉	
	直接支払制度を利用した一時金請求の場合	
	1. 合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)	
	2. 領収・明細書のコピー	
	※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること	
	直接支払制度を利用しない一時金請求の場合	
	3. 合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)	
	4. 領収・明細書のコピー	
	※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること	
	5. ②医師・助産師の証明又は③市区町村長どちらかの証明をとってください。	
	とれない場合住民票(原本)を添付して下さい。	
	直接支払い制度を利用した場合	
	※以下②③および住民票原本添付は省略可	

②医 師・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩 年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(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いたします。					
	医師又は助産師の 所在地 名称 氏名			印	平成 年 月 日	TEL - -

③市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	本籍		筆頭者名	
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。			
	平成 年 月 日	市区町村長名	印	TEL - -

健 保 記 入	家族出産育児一時金の受給の有無		付加金	有・無	*確認者	*受付印
	有・無	受給年月日 年 月 日	差額支払	有・無		
	先方担当者				印	