

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 番号	被保険者の氏名	印		
	被保険者の 現住所	TEL		昭和 平成	年 月 日	
	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	姓	名	続柄	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可
		氏名	姓	名	続柄	
	家族が 出産した場合	フリガナ	氏名	姓	名	続柄
		氏名	姓	名	昭和 平成	年 月 日
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)
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。					
	所在地					平成 年 月 日
	名称					
	医師又は助産師の 氏 名					印
						TEL

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
	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 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		
	事業所名 (部課・店名)	渡辺パイプ(株) 〇〇サービスセンター		TEL	03 — 2222 — 1234		
	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	姓 健保	名 一郎	続柄 長男	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可	
家族が 出産した場合	氏名	フリガナ ケンボ	姓 健保	名 ハナコ	続柄 妻	生年月日 昭和 平成 49年 8月 3日	扶養認定日 ※保険証で確認 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)	銀行 三井住友 金庫 農協		本所	支店	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	
注 意 事 項	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。 平成 年 月 日 医師又は助産師の 所在地 名称 氏名 印 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	平成 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	