

被保険者・家族 出産育児一時金 支給申請書(請求領収書)

5-105
5-205

被保険者	記号-番号	-	所属		フリガナ 被保険者氏名 (または請求者氏名)	
	被保険者現住所 (または請求者現住所)	〒 -				
出産した者	フリガナ 氏名		被保険者から見た続柄		同意書 (従業員のみ) 保険給付金の受領を下記の者に委任します。 (この欄は給付金を給与に入れる為の同意欄です) 令和 年 月 日 被保険者氏名 (または請求者氏名) 事業主証明 事業主担当者	
	健保認定日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	健保喪失日 (資格喪失者のみ)	令和 年 月 日				
	出産した日	令和 年 月 日				
	フリガナ 出生児氏名					
	被保険者から見た出生児の続柄	出生児の性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	他の健保から出産育児一時金の給付を受けていますか	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	
	直接支払制度を利用しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	産科医療補償制度の対象分娩ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	出生児は明電健保の加入者ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
下記支給額正に領収しました。			<input type="checkbox"/> 上記の申請内容は請求者本人が記入し、真正であることを確認しています。			
			被保険者氏名 (または請求者氏名)			

出産の証明 (①~③のどれか1つの方法で証明してください)

① 医師または助産師による証明欄記入

医師・助産師 証明欄	出産年月日	令和 年 月 日	生産/死産	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 ヵ月 週)
	出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	分娩区分	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 備考
	上記の通り相違ないことを証明致します。		医療機関名称・所在地	
	令和 年 月 日	医師・助産師名		

② 市区町村長による証明欄記入

市区町村長 証明欄	出生年月日	令和 年 月 日	出生児氏名	
	上記の通り相違ないことを証明致します。		市区町村長名	(印)
	令和 年 月 日			

③ 出生児氏名が記載されている住民票原本の添付

↓他の健保に加入している方は、振込先を記入

↓受領を代理人に委任される方に限り、委任状を記入

振込先	銀行		
銀行名	支店		
口座	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
	フリガナ		
名義人名			

委任状	
本請求額に基づく給付金に関する権限を代理人に委任致します。	
令和 年 月 日	
被保険者氏名 (または請求者氏名)	代理人氏名

* 直接支払制度を利用すれば、医療機関から健保に直接請求が来ますので、申請書での申請は不要です。

* この申請書に添付する書類

- ① 直接支払制度を「利用しない」旨、病院と交わした合意文書の原本
- ② 出産費用の領収書の写し(明細が記載されたもの)
(直接支払制度を用いていない旨の記載が必要)

※ 産科医療補償制度の対象分娩である証明のスタンプが押されていない場合、加算分は支給されません。

↓以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

支出決定伺		
被保険者出産育児一時金	家族出産育児一時金	
支給額	¥	
決裁日		
執行日		
常務理事	事務長	担当