

出産（家族出産）育児一時金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号				事業所の 名 称					
	出産した年月日		平成 年 月 日		生産・死産 の 別		生 産 ・ 死 産			
	出生児氏名				出生児が被扶 養者かどうか		あ る な い			
	出生児が被扶養者で ないときはその理由		1. 夫の被扶養者にする		2. その他 ()					
	退職後 の出産 の場合	夫の保険証の 記号・番号 及び保険者名	記 号		番 号		保 険 者 名			
							・ 全国健康保険協会 () 支部 ・ () 健康保険組合 ・ その他 ()			
	記 入 す る と こ ろ	この欄は被扶養者 が 出 産 し た と き に 記 入 し て く だ さ い	被扶養者の		氏 名		生年月日		昭和 平成 年 月 日	
			家族が出産前 6か月以内に 勤務したことが あるときは その事業所の		名 称		資 格 期 間		加入していた健康保険	
					所 在 地		平 年 月 日 ～ 平 年 月 日		記号・番号	
			TEL							
(フリガナ)		銀 行 信 用 金 庫		預 金 の 種 類	普 通 当 座 貯 蓄	店番		口座名義人氏名 (被保険者)		
払渡し希望 銀行の口座		本 店 支 店				口座 番号		フリガナ		氏名

※太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。

上記のとおり請求します。

〒

平成 年 月 日 被保険者（請求者）住所 _____

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 被保険者（請求者）氏名 _____

TEL () _____

㊟

【注】直接支払制度を利用しない場合は、医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写し、医療機関で退院時に渡された出産費用についての領収書(費用内訳書)及びこれに付随する明細書の写しを添付してください。

☐ 本請求書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証の写し等）」が必要となります。)

備考欄	
金額の受領を委任するときに記入するところ	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(請求者) 氏名 _____ ㊟ 委任された者の 事業所名 _____ 住 所 氏 名 _____ ㊟

村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出生した年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 か月)	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	備 考		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 _____ ㊟				
	本 籍			筆頭者氏名	
	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します。 平成 年 月 日 市区町村長名 _____ ㊟				