



決裁年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
直接支払制度や受取代理制度を利用しなかった場合の請求書です。					
出産育児付加金	円	資格喪失	平成 年 月 日		
分娩年月日	平成 年 月 日				

記入例 被保険者 出産育児一時金 請求書
 家族 出産育児付加金 平成 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	10 ○○○○○	被保険者の氏名と押印	健康 太郎		
	被保険者の住所	愛知県名古屋市中区○○-□-□		被保険者の 生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日	
	事業所の名称	㈱トーエネック ○○支店		分娩した当時の 標準報酬月額	千円	
	分娩年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日	死亡のときはその旨			
	分娩した場所	医療施設等の名称	ケンコウクリニック			
		医療施設等の所在地	名古屋市○○区○○○○町4-33			
	家族の分娩であるときはその者の	氏名	健康 花子	生年月日	昭和・平成○○年 ○○月 ○○日	
	出生児の氏名	健康 小太郎	被保険者と出生児の 関係	長男	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	<input checked="" type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない
	出生児が被扶養者でないときはその理由	備考				

医 村 長 ・ 助 産 師 証 明 は す り 町 欄	分娩年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 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する。 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する。 平成 年 月 日 市区町村長名					

医師・助産師または市区町村長の証明を受けてください。

委 任 状	私は、	を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産育児一時金 (家族出産育児一時金)	平成 年 月 日
	金	円を受領方を委任します。	
	住所	被保険者	名古屋市中区○○-□-□
	氏名	健康 太郎	
住所	事業主	事業主の証明が必要です。	
氏名		印	

振 込 先	資格喪失後 (退職後) の請求の場合のみ記	在職中の方へは事業主を通じてお支払いいたしますので委任状欄へ署名・押印いただき、事業主へ提出してください。 退職後の請求の場合は、被保険者へ直接お支払いいたします。 被保険者名義の振込希望金融機関を振込先欄へご記入下さい。
	金融機関名	
	支店名	

添付書類 ①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書 (写)
(産科医療補償対象分娩である場合は、所定のスタンプが押印されていること)
②医療機関等と交わした「直接支払制度合意文書」 (写)