

支給決定伺

記入例	務長	課長	係	支給決定額	
				¥	円
支給決定日	年	月	日	産科医療補償	加入

受付日

添付書類は下記を確認してください

被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

本請求は事業主経由であることに同意した上で申請します

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	10	99999	被保険者の氏名		印田 太郎		
	事業所名称	(株)〇〇		資格 取得日	昭・平・令 14年3月21日	資格 喪失日	平成・令和 年 月 日	
	被保険者住所 電話番号	〒100-9999 〇〇市××町△△8-2-11-105 TEL 000-1111-4444				被保険者の 標準報酬月額	千円	
	出産年月日	令和 3年 11月 11日			死亡のときはその旨			
	出産した場所	医療施設等の名称		〇〇病院				
		医療施設等の所在地		〒666-1111 神戸市〇〇区××町1-1-1				
	被扶養者の出 産であるとき	被扶養者 の氏名	印田 緑子		被扶養者の 生年月日	平成 12年 3月 4日		
	出生児の氏名	印田 若芽			被保険者と 出生児の続柄	長女		
	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			
	資格喪失後、 家族の被扶養 者となったと きは、その被 保険者証の	記号番号	保険者名 (健保組合名・国保名)					
被保険者 氏名		保険者所在地						
		保険者電話番号						
振込先	銀行名	神戸銀行		口座番号(普・他)	11223344			
	支店名	本店		口座名義(カタカナ)	インダタロウ			

※資格喪失者は必ず記入
してください。

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月又は 週)				
	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する。 令和 年 月 日							
	医療施設の名称・所在地 〒							
	医師・助産師名							
	筆頭者氏名				出生児氏名			
	出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日				
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日								
市区町村長名								

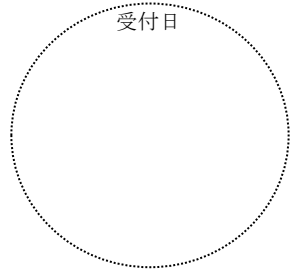
※医師あるいは市区町村長いずれ
かの証明を頂いてください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求 被 保 険 者 (請 求 者)	【添付書類】 ①出産費用の内訳明細書(写) ※産科医療保障制度の対象分娩であることを証明する所定の印 が押印されているもの(該当する場合のみ)					日
	代理人	②領収書(写)					
	代理人の氏名						
	振込先	銀行名			口座番号(普・他)		
支店名				口座名義(カタカナ)			

※被保険者以外の口座に振込む
場合に記入してください。

支給決定伺

常務理事	事務長	課長	係	支給決定額				円
				¥				
支給決定日		年	月	日	産科医療補償		加入 ・ 未加入	



被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

本請求は事業主経由であることに同意した上で申請します

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号			被保険者の氏名					
	事業所名称		資格 取得日	昭・平・令 年 月 日	資格 喪失日	平成・令和 年 月 日			
	被保険者住所 電話番号	〒 TEL				被保険者の 標準報酬月額	千円		
	出産年月日	令和	年	月	日	死亡のとき はその旨			
	出産した場所	医療施設等の名称							
		医療施設等の所在地		〒					
	被扶養者の出 産であるとき	被扶養者 の氏名			被扶養者 の生年月日	令和	年	月	日
	出生児の氏名			被保険者と 出生児の続柄					
	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					
	資格喪失後、 家族の被扶養 者となったと きは、その被 保険者証の	記号番号			保険者名 (健保組合名・国保名)				
被保険者 氏名				保険者所在地		〒			
振込先	銀行名			口座番号(普・他)					
	支店名			口座名義(カタカナ)					

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産年月日	令和	年	月	日	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月又は 週)		
	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する。					令和	年	月	日
	医療施設の名称・所在地		〒						
	医師・助産師名								
	筆頭者氏名				出生児氏名				
出生届出日	令和	年	月	日	出生年月日	令和	年	月	日
上記のとおり相違ないことを証明する。					令和	年	月	日	
市区町村長名									

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。								令和	年	月	日
	被保険者 (請求者)		住所 氏名									
	代理人の住所		〒									
	代理人の氏名											
振込先	銀行名			口座番号(普・他)								
	支店名			口座名義(カタカナ)								