

支給支払決議書 (健康保険組合使用欄)

記入例

伺年月日		年 月 日			決定年月日			年 月 日		
支給額	法定 分娩	付加 分娩					常務理事	事務長	担当者	資格
							得	年	月	日
	喪	年	月	日						
							月額	千円		

出産育児一時金・家族出産育児一時金 請求書  
 出産育児付加金・家族出産育児付加金

(添付書類等)

3.2.1. この書類は、出産費用の直接払い制度を利用しない場合に使用してください。  
 医療機関等と直接払い制度を利用しないことと合意した旨の覚書等の写しを添付のこと。(産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は同  
 スタンプが押印されたもの)

被保険者証の 記号番号	1234	56	被保険者の氏名	健保 花子	
被保険者の住所	〒000-XXXX 東京都練馬区〇〇-△△-XX			電話	03-1234-5678
事業所の名称	(株)日本ハウスホールディングス		事業所の所在地	東京都千代田区飯田橋四丁目3番8	
分娩の日	平成 24年 9月 10日		出産・死産の別	出産 死産 (妊娠 月)	
入院して 分娩した ときは、 その病院 の	名称	高橋産婦人科医院			
	所在地	〒000-XXXX 東京都世田谷区〇〇-△△-XX			
出産児の	氏名	健保 幸子		被保険者との続柄	長女
出産児が被扶養者であることの有無 及び被扶養者でないときはその理由			被扶養者である・ <u>ない</u> (理由) 夫の扶養		
被保険者の分娩のとき は 夫の	氏名	健保 太郎		勤務地	飯野海運(株)
	保険証の記号番号	〇〇〇〇〇〇		所在地	千代田区内幸町〇〇-XX
家族による請求である ときは	家族氏名		生年月日	年 月 日	
最近6ヶ月以内に当組合の 被扶養者に認定された者、 及び被保険者資格を喪失し た後、6ヶ月以内に分娩し た場合	健康保険名称				
	記号・番号				
	電話番号				
	勤務期間				
払渡希望の 銀行等	〇〇 銀行 (フリガナ)	XX 本店	口座番号		
	金庫	支店	0	0	0
	ふりがな 口座名義	けんぼはなこ 健保花子	0	0	0
分娩の日	平成 年 月 日				
出産・死産の別	出産 ・ 死産 (妊娠 月)				
医療機関の 所在地	年 月 日				
名称					
担当医師名					
助産師 (市町村長)					
TEL					

記入するところ

被保険者のマイナンバー記載欄  
 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--