

支給額※		備考	
同年月日			係
決裁年月日	出産育児一時金の医療機関への直接支払制度を利用し、医療機関からの請求額が、出産育児一時金(42万円)より少ない場合の記入例		
資格取得日			
資格喪失日			

被保険者

出産育児一時金 請求書

被扶養者

平成23年6月10日 請求

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 1000	被保険者の氏名 健保 太郎 印	
		番号 9999	生年月日 昭和・平成 50年11月11日	
	事業所名	宝酒造株式会社		
	分娩年月日	平成23年6月1日	死産の時はその旨	
	分娩した場所	医療施設等の名称	タカラ産婦人科	
		医療施設等の所在地	京都市.....	
	被扶養者の分娩であるときは、その者の氏名	健保 花子	生年月日	昭和・平成 53年12月12日
	フリガナ 出生児の氏名	ケホ ジロウ 健保 二郎	被保険者と出生児の関係	二男 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか ある・ない
出生児が被保険者の被扶養者でない時はその理由	病院から交付される明細書等を添付してください	他健保等から給付を受けているかどうか	受けている() 受けていない	
出産育児一時金の直接支払制度を	利用している(明細書 400,000 円) 利用していない	備考		

市区町村長の証明	分娩年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月 週)	出生児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。平成 年 月 日 所在地 医療施設の名 称 医師又は助産婦名 市区町村長名 病院から交付される明細書があれば医師の証明は不要 TEL — —					

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、金 円也の受領方を委任します。
	本人 住所 氏名	平成 年 月 日 被保険者の住所・氏名を記入し、押印してください。 印
	代理人 住所 氏名	印

振込先口座	銀行コード	銀行名	銀行
	店番号	支店名	支店
領収書	預金種	通常の場合、給与とともに支払われますので、この欄は記入不要です。	
	口座名	金 平成 年 月 日	
	宝グループ健康保険組合理事長 殿	氏名	印

受付日付印
(健康保険組合使用)

宝グループ健康保険組合