支給決定支出決議書	常務理事	事務長	係

標準報酬月額	支給金額	内訳	決議
，000	円	出産育児一時金 円	年 月 日
出産日	年 月 日	備考	
資格期間	取得 年 月 日 喪失 年 月 日		

健康保険　被保険者 被扶養者　出産育児一時金請求書

被保険者記入欄				
① 記号番号	—	② 被保険者の氏名		③
④ 被保険者の現住所				
⑤ 事業所の所在地および名称				
⑥ 出産年月日	年 月 日 生産 ・ 死産	生産児数 人	死産児数 人	
⑦ 家族の出産であるときは家族名	氏名		生年月日	年 月 日生
⑧ 出生児の氏名	フリガナ		⑨ 他の制度から給付を受けているかどうか 給付を受けて いる ・ いない	
⑩ 保険者名記号・番号	保険者名	記号	番号	⑩について ※資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の情報を記入 ※被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の情報を記入
（事業所所属の方）⑪ 委任状	表記請求金額の受領を ＿＿＿＿＿＿ に委任する。 年 月 日 被保険者氏名			

市区町村長・医師又は助産師記入欄			
⑫ 出産年月日	年 月 日	⑬ 生産・死産の別	生産 ・ 死産
出生児の数	単胎 ・ 多胎（ 児）		〔妊娠第 週 又は第 ヵ月〕

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療施設の名称

医療施設の所在地

市区町村長
医 師 の氏名
助 産 師

TEL ： ー ー

（任意継続の方）⑭ 領収書	上記請求金額正に領収いたしました。 年 月 日 被保険者氏名	

⑮ 振込希望銀行名 ※事業所所属の方は記入不要	銀行 支店 普通・当座 口座番号〔 〕
	（フリガナ） 口座氏名

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
□	

≪注意≫

※医療機関から交付される直接払制度不使用の同意書（写）を添付ください。

※医療機関から交付される出産費用の領収書・領収明細書（写し）を添付ください。

（産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合は、「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されたものであること。）

030401

日本ペイント健康保険組合