

同 年 月 日		平成 年 月 日				常務理事	事務長	総務課長	担当者
※ 支支給 決議書	支 払 額		拾万	万	千	百	拾	円	
	支給決定の額	法定	出産	拾万	万	千	百	拾	円
	付加	出産							
	分べんの 日		平成 年 月 日				摘要	資格	備考

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書 平成 年 月 日請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号と 番号	第 号		② 被保険者 (請求者) の氏名と印	③ 印	
	④被保険者の現住所	〒 方				
	⑤事業所の名称					
	⑥分べんした年月日	平成 年 月 日	⑦死産のときは その旨	⑧妊娠経過期間		ヶ月 週
	⑨入院して分べんした ときは、 その病・産院の	(ア) 名称 (イ) 所在地				
	⑩家族が分べんした ための請求である ときは、その者の	(ア) 氏 名	(イ) 生年月日	昭和・平成 年 月 日 生		
	⑪出生児の氏名	⑫被保険者と 出生児の関係		⑬ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある・ない	
	⑭出生児が被保険者の 被扶養者でないとき はその理由	⑮ 備 考				
	私は、日本旅行健保組合以外では当出産に係る「出産育児一時金等」の申請はしていないことを申告するとともに、他の保険者に申請していないことについて、日本旅行健保が下記 (⑩または⑪) の保険者に確認することに同意【 します ・ しません 】 (いずれかに○)					
	⑯資格喪失後、夫の扶養者となった時は、その被保険者証の	保 険 者 名	記号・番号被保険者氏名(世帯主名)	保険者の電話番号		
⑰被扶養者が出産した日の6ヶ月前に被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	() 社会保険事務所 () 国民健康保険 () 健康保険組合 () 共済組合					

医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑱分べんした年月日	平成 年 月 日	⑲生産又は死産 の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヶ月)	
	⑳分べんに関し健康 保険で入院の有無	有 ・ 無	㉑出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
	㉒ 備 考	㉓ 産科医療補償制度に		加入している ・ 加入していない	
	㉔ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 市区町村長名 印				

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 及び同付加金、金 円也の受領方を委任します。 平成 年 月 日
	本人 住 所 氏 名	印
	代理人 住 所 氏 名	印

㉕	銀 行 名	銀 行 信用金庫	本店 支店
	口座の種別	普通・当座	口座番号
	預金口座の 名 義 人 名	(フリガナ)	
	T E L		

※ 医療機関等から交付される「直接支払制度を用いていない旨の記載がなされた出産費用の領収書」のコピーを必ず添付して下さい。