

被 保 険 者
家 族

出産育児一時金・付加金請求書

〔 直接支払制度を
利用しないとき 〕

注 2 1 ② 欄には医師・助産師又は市区町村長どちらか一方の書類の写し、産科医療補償制度に加入する医療機関等で
直接支払制度を利用しないという記載のある書類の写し、費用明細書の写しを添付願います。

① 被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号	番号	事業所の名称					
	被保険者の氏名(自署)				被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の住所	〒 TEL () 内線番号()							
	出産の年月日	令和	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎(児)		
	出産した医療施設などの名称	所在地							
		所在地							
被扶養者の出産であるときは	その者の氏名				生年月日	昭・平	年	月	日生

② 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	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)			
	出産児の数	単胎・多胎(児)			出産予定日	令和	年	月	日	
	上記の通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 職名()氏名 電話 () 番									
	本籍					筆頭者氏名				
	出生届出日	年	月	日	出生児氏名			出生年月日	年	月
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 電話 () 番										

振込先名称	金融機関名称	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 定期	支店番号	口座番号		
	預金者氏名(カタカナ)								

※振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。								
	令和	年	月	日	〒	住所			
					代理人	氏名	印		
被保険者の氏名					※自署の場合は押印を省略できます。				

令和 年 月 日 提出 〔 受付日付印 〕

がん研究会健康保険組合