

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。  
出生した場合は当該スタンプ印を受けた記載の分婉（出産）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	( )	
	出生の年月日	令和	年	月 日	出生児の数	単胎・多胎( 児)	
	出生した医療施設などの名称	所在地					
	被扶養者の出生であるときは	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	出生年月日	令和	年	月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	
	出生児の数	単胎・多胎( 児)			出生予定日	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 日	
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