

被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書

常務理事	事務長	担当者

(直接支払制度や受取代理制度を利用せず窓口で全額出産費用を支払った場合や海外で出産した場合)

神栄健康保険組合 御中

提出日: 2021 年 5 月 30 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	29-1234		事業所名称	神栄㈱本社	
	被保険者氏名	神栄 桜子		生年月日	1995 年 1 月 10 日	
	被保険者の住所	神戸市中央区●●町●丁目●番地 電話 078 (111) 1234				
	出産した方	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)				
	家族の場合はその方の氏名			生年月日	年 月 日	
	出産した年月日	2021 年 5 月 1 日				
	出生人数	生産児数	1 人	死産児数	人(妊娠経過期間 満 週)	
	出産した医療機関	名 称	神栄レディースクリニック			
		所 在 地	神戸市●区●町●丁目●番地			
	出生児の氏名	神栄 健次郎		被保険者と出生児の続柄	次男	
	・ 出産した方が「被保険者」の場合 ⇒退職後 6 ヶ月以内の出産ですか ・ 出産した方が「家族」の場合 ⇒扶養認定後 6 ヶ月以内の出産ですか				はい <u>いいえ</u>	
	「はい」の場合、 被保険者 ⇒現在加入している保険者について 家族 ⇒扶養認定前に加入していた保険者について			保険者名 (健保組合等)		
				記号・番号		
	同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を			受けた(受ける予定) ・ 受けない		
	委任状 ※退職者は記入不要	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 2021 年 5 月 30 日 被保険者名 神栄 花子				
振込希望 の金融機関 ※退職者のみ記入	金融機関名	●●銀行		支店名	▲▲支店	
	口座 No.	普			エイ サクラコ	
		当座		口座名義	神栄 桜子	

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 の 証 明 欄	分娩した者の氏名			分娩年月日	年 月 日	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	医療機関の所在地 名 称 医師・助産師氏名	この欄は医師・助産師又は市町村が証明する欄です。 出産した医療機関の医師・助産師又は市区町村に証明を依頼してください。				
	本 籍					
	筆頭者氏名			出生届年月日	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。					
	年 月 日					
	市区町村長名					

<添付書類>

- ① 医療機関から交付される出産費用の領収・明細書のコピー。
(産科医療補償制度の対象分娩の場合は産科医療補償制度加入機関のスタンプのある領収書)
- ② 医療機関から交付される合意文書のコピー
(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関と締結していない旨及び申請先となる保険者名が記載されているもの)