

出産費用が42万円を下回った方は提出してください
 総額が42万円以上の方は申請の必要はありません

出産育児一時金
~~家族出産育児一時金~~ 請求書

直接支払制度の利用の有無
 有・無（一方を○）

スズキ健康保険組合理事長 殿

平成〇〇年 6月 1日提出

被保険者に関する事項 記入欄	被保険者証 記号番号	1 - 33333		被保険者の 氏名と印	健保 花子 ㊟				
	事業所の 名称	スズキ(株)		所属及び 連絡先	セカ TEL〇〇〇-〇〇〇〇				
	被保険者の 住所・連絡先	〒431-0211 浜松市西区舞阪町××××		TEL	053-596-XXXX				
	資格取得 年月日	昭和・平成 〇〇年 4月 1日		資格喪失 年月日	平成 年 月 日				
	家族分娩 時の追記	出産した 家族の氏名			その家族の 扶養認定日	昭和・平成 年 月 日			
	分娩に 関する 事項	分娩した 年月日	平成 〇〇年 5月 6日		生産児 数	1人	死産児 数	人	妊娠経 過期間
	出生児の 氏名	健保 花華		分娩した 場所	〇〇〇〇 〇〇病院				
直接支払制度を利用した方の記入欄	医療機関からの 明細書の合計額	385,450円		差額請求額	34,550円				
直接支払制度を利用しなかった方の記入欄 (一方のみ)	分娩した 年月日	平成 年 月 日		生産又は 死産の別	生産・死産 [妊娠 カ月 週]				
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		備考					
	上記のとおり相違無いことを証明する。 平成 年 月 日								
	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ㊟								
	本籍			筆頭者氏名					
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	平成 年 月 日			
上記のとおり相違無いことを証明する。 平成 年 月 日									
市区町村長名 ㊟									
支給決定 伺	出産育児一時金	円		支給 伺	平成 年 月 日				
	家族出産育児一時金	円		支給 日	平成 年 月 日				
				担当	課長	事務長	常務理事		

委任状	上記の受領を 委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名	に ㊟
-----	--	-----

※給付金の支払いは、健保に登録されている口座への振り込み
 となり。解約された方・登録のない方は、裏面に被
 保険者名義の口座を記載してください。
 ※注意事項：枠外の印には氏名印と同じ㊟を押してください。

*提出書類について（直接支払制度の利用の有無により提出書類が異なります。ご注意ください）

直接支払制度を利用された方・・・医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し（領収・明細書の額が42万円）
 （専用請求書の内容と相違の無い旨が記載されています）（未満の方だけが請求します。）

〃 されなかった方・・・医療機関等から交付される直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し
 （制度を利用していない旨と申請先の保険者名が記載されています）
 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
 （制度を利用していない旨と産科医療補償制度の加入の有無が記載されています）