

出産育児一時金 請求書  
 家族出産育児一時金

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 年 月 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	—		被保険者の 氏名と印	⑩					
	事業所の 名称			所属及び 連絡先	TEL					
	被保険者の 住所・連絡先	〒 —		TEL						
	資格取得 年月日	昭和・平成 年 月 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 年 月 日		生産児 数	人	死産児 数	人	妊娠経 過期間	ヵ月 週
		出生児の 氏名			分娩した 場所	所在地 名称				
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		円	差額請求額	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 ヵ月 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 ⑩									
	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 ⑩									
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 ⑩
-----	--	--------

※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  
 となります。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⑩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）