

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金（付加金）請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	事 業 所 名 称			
	被保険者の 氏 名			住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		
	出産年月日	年 月 日		出生児の数	単児 ・ 多児 (児)		
	出生児の	氏 名			被保険者との続柄		
	出産した 医療機関 などの	名 称					
		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	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	
	資格喪失後に出産した場合は、新しい被保険者証の保険者名及び記号番号。 又は被扶養者が扶養認定日以後6ヶ月以内に出産した場合は、扶養認定前に加入し ていた被保険者証の保険者名及び記号番号				記号・番号		
					保 険 者 名		
	上記の通り請求します。 年 月 日 朝信健康保険組合理事長 殿 被保険者の 氏 名 ⑩						

委 任 状	私は事業主を代理人と定め、本請求にもとづく給付金に関する権限を委任します。 年 月 日	
	被保険者の 住 所 氏 名	⑩
	代理人の 住 所 氏 名	⑩

※退職後に請求する場合は下記に記入してください。

希 望 す る 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 本店 信用組合 農 協 支 店					
	預金種別	普通・当座	口座番号		(フリガナ) 口座名義	

医 師 ・ 市 区 町 村 長 の 証 明	分娩年月日	年 月 日	生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
	出生児の数	単児 ・ 多児 (児)	備考	
	上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名 ⑩			

※「医師・助産師又は市区町村長の証明」は、直接支払制度（生産）を利用した場合は不要です。

※ 直接支払制度を利用しない場合は、医療機関から交付された「合意文書」及び出産費用の領収書・明細書（「産科医療補償制度」加入の医療機関はその旨を証明するスタンプが押印されたもの）の写しを添付してください。