

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 險 者 証 の 記 号 と 番 号	—		被 保 險 者 の 氏 名 と 印	⑩		
	被 保 險 者 の 現 住 所	〒 — 電話() —					
	事 業 所 の 名 称 ・ 所 在 地						
	被扶養者が分べ んしたための請求で あるときはその者の	氏 名			生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日 生
	分 べ ん し た 年 月 日	平 成 年 月 日	死 産 の 時 刻 は そ の 旨			妊 娠 経 過 期 間	ヵ 月 週
	入 院 し て 分 べ ん し た と き は 、 そ の	名 称					他 の 制 度 か ら 給 付 金 を 受 け ま す か
	病 ・ 産 院 の	所 在 地					受 け る ・ 受 け ない
	出 生 児 の 氏 名			被 保 險 者 と 出 生 児 の 続 柄			出 生 児 が 被 保 險 者 の 被 扶 養 者 で あ る か ど う か
	・ 資 格 喪 失 後 、 家 族 の 被 扶 養 者 と な っ た と き は 、 そ の 被 保 險 者 証 の		保 險 者 名 ・ 保 險 者 番 号 ・ 記 号 及 び 番 号				
	・ 被 扶 養 者 が 被 保 險 者 で あ っ た と き は 、 そ の 当 時 の 被 保 險 者 証 の						

①	医師又は助産師が証明するところ (注・②に証明を受けている場合は不要です。)						
	分 べ ん 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			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ⑩						
②	市区町村長が証明するところ (注・①に証明を受けている場合は不要です。)						
	本 籍				筆 頭 者 氏 名		
	出 生 児 氏 名			出 生 年 月 日	平 成 年 月 日	出 生 届 出 日	平 成 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 ⑩						

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。平成 年 月 日					
	被 保 險 者	住 所				
	氏 名	⑩				
	代 理 人	住 所				
	氏 名	⑩				
払 渡 希 望 金 融 機 関 名			銀 行	信 用 金 庫	支 店	
口 座 番 号	1. 普通預金		口 座 名 義	フリガナ		
	2. 当座預金			氏 名		

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長殿

平成 年 月 日提出

- ※1. 被保険者の押印については、氏名を本人自ら署名した場合は押印を不要とし、本人の自署以外の場合は本人の押印を必要とします。ただし、委任状欄の被保険者及び代理人の印、医師及び助産師の印、市区町村長の印については押印の省略はできません。
- ※2. 産科医療補償制度に加入する医療機関等において在胎週数22週に達した日以後の分べんである場合、産科医療補償制度加入機関であることを証明するスタンプが押された請求書または領収書のコピーを添付してください。
- ※3. 医療機関等が発行する「直接払いをしない旨を明記した領収・明細書の写し」、「医療機関との合意文書の写し」を添付してください。