

| | | | | | | | | | |
|---------------|----------|-----|-----|------|-------------------|-------|--|--|--|
| 本件支給決定してよろしいか | | | | | 支 給 決 定 金 額 | | | | |
| 常務理事 | 事務長 | 担 当 | 担 当 | 資格照合 | 出 産 育 児 一 時 金 | | | | |
| | | | | | 家 族 出 産 育 児 一 時 金 | | | | |
| | | | | | 支 給 額 | | | | |
| 資 格 係 | 年 月 日 取得 | | | | 分 娩 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| | 年 月 日 喪失 | | | | 備考 | | | | |

※上欄は記入しないでください。

健康保険 出産育児一時金 請求書
家族出産育児一時金

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------|----|------------|---------|--------------------|--|--|--|
| 被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の記号番号 | 記号 | 番号 | 被保険者(請求者)の | | | | | |
| | 分娩年月日 | 年 月 日 | | | 〒 | | | | |
| | 出生児の氏名 | 年 月 日 | | | 住所 | | | | |
| | 出生児があなたの被扶養者であるかどうか | 被扶養者である・ない | | | 氏名 | | | | |
| | 被扶養者が出産したための請求であるときは、その者の | 被扶養者でないときはその理由 | | | 電話 | | | | |
| 委任欄 | 本請求に基づく給付金の受領について、事業主経由にて私が受領することに同意するとともに、給付金情報をタカラスタンダード健康保険組合が事業主に提供することに同意します。 | | | | | | | | |
| 医師・助産師が証明するところ | 分娩年月日 | 年 月 日 | | | 生産・死産の別 | 生産・死産 (妊娠第 週または 月) | | | |
| | | 年 月 日 | | | 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 医療施設の名称・所在地 | | | | | | | | |
| | 医師・助産師の氏名 | | | | | | | | |
| | 電話 () | | | | | | | | |

※直接支払制度・受取代理制度を利用された場合は、提出不要です。

- ※添付書類 ① 出産された医療機関等が発行する分娩費用の請求書(または領収書)の写し
② 出産育児一時金直接支払制度の同意書の写し

この請求書には、医師または助産師の証明欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。しかしながら、健康保険法施行規則における医師または助産師証明、市区町村長証明の取り扱いについては、被保険者等が請求する場合は、これらの内どちらかを請求書に添付したうえ、健康保険組合に提出することとされております。つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、医師または助産師の証明書、または、市区町村長の証明書を添付のうえ提出いただいても結構です。

※退職後の請求の場合は、銀行口座を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|-----|-------------------|------------------|----|------|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 給付金振込銀行口座 (請求者名義) | 銀行・信用金庫 信用組合 () | 支店 | 口座番号 | | | | | |
| | ※通帳の写しを添付してください。 | | | | | | | | |