

部門	歳出部	金額
款	保険給付費	
項	法定給付費	
目	出産育児一時金	あなた個人の番号です 円

支給決定伺			
平成	年	月	日
直接支払制度を利用し、出産費用が 出産育児一時金の額を下回ったことによる 差額を請求する場合は“有”に○印			

あなたの事業所の番号です

家族 出産育児一時金請求書 (全額払・直接払用)

被保険者証 記号 番号		分娩した方の氏名		被保険者との続柄	死産のときはその旨
1 12345		健保 康子		妻	
分娩年月日	平成 24年 1月 23日	出生児の氏名	健保 一郎		
分娩した医療施設について	所在地	神奈川県北足柄市中町 210			『直接支払制度』の利用 有・無
	名称	富士総合病院			
被扶養者の出産で分娩の6ヶ月以内に他健保に加入していた場合 *必要に応じ、当健保から前加入健保様へ確認の連絡をさせていただきます。	加入状況	1. 被保険者(本人)として加入 2. 被扶養者(家族)として加入			
	前健保の加入期間	資格取得日(入社日) 昭和・平成 15年 4月 1日 ~ 平成 23年 11月 1日 資格喪失日(退職日の翌日)			
	加入当時の保険証	記号	1	改姓した場合 当時の氏名	
		番号	234		
		保険者(健保組合)	名称: 日本総合健康保険組合 TEL: 0465-10-1000		
上記に同意の上請求いたします。					
富士フィルムグループ健康保険組合 常務理事 殿				平成 24年 3月 1日	
被保険者 住所 神奈川県南足柄市狩野 681 氏名 健保 太郎 (健保印)					
委任状					
事業主を代理人として健康保険組合より支給される家族出産育児一時金の受取方の件を委任いたします。					
被保険者 氏名 健保 太郎 (健保印)					

医師・助産師又は 市区町村長の証明 (※1)	分娩年月日	平成 年 月 日	生産死産の別	生産・死産 (妊娠 第 週)	
	出生児の数	単胎 (多胎 (胎))			
	上記の通り相違ないことを証明する。 [母子手帳の写しでも可 (※1参照)] 医療機関名 医師・助産師名 市区町村長名 印				

- ※1. 母子手帳内の「出生届出済証明」が記載されているページの写しでも可(A4サイズで)。
- ※2. 出産育児一時金「直接支払い制度」を利用した場合の退院時精算額(自己負担金)は請求できません。
- ※3. 添付書類(下記のいずれかの**原本**) ◆「産科医療補償制度」対象分娩の際には証明スタンプの押印が必要
・直接支払利用 有: 医療機関交付の“直接支払制度専用請求書と相違無い”旨の記載が有る「明細書」
・直接支払利用 無: 医療機関交付の“直接支払制度を利用しない”旨の記載が有る「領収書」
◆医療費控除等で領収書の原本証明が必要な方は「原本証明希望」のメモを貼付してください
- ※4. 市区町村から妊産婦の医療費助成(一部負担金の助成)を受けている場合は、別に申請が必要です。
- ※5. 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。