受付印

健保記入欄		
直接支払制度利用	有 ・ 無	
支給額		
出産育児一時金	円	
出産育児付加金	円	
合計	円	

支給決定伺		
令和 年 月 日決定		
常務理事	事務長	担当者

被保険者 家族 出産育児一時金 出産育児付加金 請求書

◎直接支払制度利用で内払金が発生した場合は「出産育児一時金内払請求書」と読み替えます。
◎申請書・添付書類の裏紙印刷及び写メ印刷は不可。消せるボールペンで記入した場合は不可。書き直してください。
◎標題の該当しない部分を横線で消してください。

被保険者記入欄				
被保険者等記号・番号		被保険者の氏名	自署の場合は捺印省略可 ㊞	
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 ⇒			― ―	
資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
出産者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	出産者氏名		続柄
出産した年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	□生産 人	□死産 人 ⇒(妊娠 満 週)
出産した医療機関	名称			
	所在地			

上記に関する請求金の受領を　　に委任します。

令和　年　月　日

被保険者　住所　氏名　電話

※医師・助産師の証明欄			
出産者氏名		出産した年月日	令和 年 月 日 出産
出生児の数	□単胎 □多胎⇒(児)	生産又は死産の別	□生産 □死産⇒(妊娠 週)

上記のとおり相違ないことを証明します。

【証明日】令和　年　月　日

医療施設の所在地
医療施設の名称
医師・助産師の氏名

キリンビール健康保険組合御中

【添付書類】
1. **出産費用の領収・明細書の写し**(「氏名・出産年月日・出生児数」の記載あり。また「産科医療補償制度」の加入機関で出産したときは、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の記載があるもの、または所定のスタンプの押印があるもの)
2. **直接支払制度合意文書の写し**(「保険者名、および合意・非合意」の記載のあるもの)

※領収・明細書の写しに、出産年月日・出生児数の記載がない場合は、医師・助産師の証明欄に記入、または母子手帳の市区町村証明欄(写)を添付。　◆死産の場合は医師・助産師の証明欄に記入(または死産証書の添付)が必要。

調査印

備考欄	

◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。

2025.4