



健 保 記 入 欄	直接支払制度利用	有 無	支給決定伺		
	支 給 額		令和 年 月 日 決定		
	出産育児一時金	円	常務理事	事務長	担当者
	出産育児付加金	円			
	合 計	円			

被保険者 出産育児一時金 請求書 家 族 出産育児付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	被保険者の 氏 名		自署の場合は捺印省略可 印		
	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	<input type="checkbox"/> 生産 人	<input type="checkbox"/> 死産 人 ⇒(妊娠 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 委任します。						
令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名						
※ 医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産者氏名	出産した 年月日		令和 年 月 日 出産		
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎⇒(児)	生産又は 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 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					

◎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書き直しをしていただきます。
 ◎標題の該当しない部分を横線で消してください。

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(「出産年月日・出生児数・入院実日数」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。

備考欄	
-----	--

- ◇被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
- ・亡くなった方に関する申請は、マイナンバーではなく、被保険者証の記号番号で申請してください。
- ◇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。

調 査 印