

記入例

受付印

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
	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			

該当しない部分を消してください

被保険者
家族

出産育児一時金
出産育児付加金

請求書

被保険者自署の場合は捺印省略可

◎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。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	1000 86560	被保険者の氏名	北川 次郎			
	資格取得年月日	昭和 平成 令和 8年 4月 1日	資格喪失年月日	平成 年 月 日			
	出産者の生年月日	昭和 平成 令和 2年 4月 25日	出産者氏名	北川 啓子	続柄	妻	
	出産した年月日	令和 3年 9月 22日	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 1人	<input type="checkbox"/> 死産 人	⇒(妊娠週)	
	出産した医療機関	名称	にこにこレディースクリニック				
	所在地	新宿区北新宿1-3-7					
上記に関する請求金の受領を		事業主記載欄	に委任します。				
	令和 3年 10月 5日						
	被保険者	住所	東京都中野区東町 9-8-7-605				
		氏名	北川 次郎				
※ 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】平成						
<p style="text-align: center;">下記の添付書類が整っている場合、 医師・助産師の証明は不要です。 死産の場合はこの欄の証明（または死産証書の添付）が必要です。 医師・助産師の氏名</p>							

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」の記載あり)

※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

事業所担当者印

- ◇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。