己ノ	人何	IJ.	
受	付	印	1
			1
*******	********		
			受付印

	直接支払制度利	用	—— 有	無		支	給	決定	伺
健	支	<u></u> 合	額			令和	年	月	日決定
保 記	出産育児一時金			Р	9	常務理事	事	務長	担当者
入	出産育児付加金			Р	9				
欄	合 計			P	3				

該当しない部分を 消してください

◎標題の該当しない部分を横線で消してください。◎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。◎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。

被保険者家 族

出産育児一時金 出産育児付加金

請求書

自署の場合は捺印省略可 10000 キリン 太郎 被保険者等 被保険者の EN 名 記号·番号 氏 被保険者自署の場合は捺印省略可 1234567 被 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 保 マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。 昭和 資格取得 人区以下 年 月 B 険 平成 30年4月 1 \Box 令和 月 \Box 令和 年 月 日 者 続 昭和 出産者の 5 年 7 月 10 日 出産者氏名 妻 平成 キリン 風子 柄 生年月日 令和 記 人 人 □死産 □生産 1 出 産 した 生産又は 令和 7 年 9 月 5 日 入 週) ⇒(妊娠 満 死産の別 月 年 日 欄 称 にこにこレディースクリニック 名 出産した 医療機関 東京都中央市新宿 1-3-7 所在地 に委任します。 上記に関する請求金の受領を 業 主 記 載 欄 事 7年10月2日 令和 神奈川県横浜市横浜 10-10-10 住所 キリン 太郎 被保険者 氏名 電話 045(678)9123 出産した Ж 月 令和 年 日 出産 出産者氏名 年 月 日 医 師 生産又は 週) 出生児の数 □単胎 □多胎⇒(児) □生産 □死産⇒(妊娠 死産の別 助 産 上記のとおり相違ないことを証明します。 師 下記の添付書類が整っている場合、 年 【証明日】令和 **(D)** 医師・助産師の証明は不要です。 証 死産の場合はこの欄の証明(または死産証書 医療施設(明 の添付)が必要です。 医療施設(欄 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. <u>出産費用の領収・明細書の写し</u>(「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。

備考欄

事業所担当者印

調査

南