



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	被 保 険 者 の 氏 名		①	
	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	出 生 児 の 氏 名	(□死産)	続 柄
	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 ①に委任します。					
令 和 年 月 日 被 保 険 者 住 所 氏 名 ①					
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 ①				

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、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	
-----	--

◇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。)