

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	日	決定	
	出産育児付加金		円	常務理事	事務長	担当者
	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

◎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真印刷は不可。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			捺印忘れずに 印
	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 1 年 9 月 22 日	出生児の 氏 名	北川 誠 (□死産)		続柄	長男
	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			印に委任します。		
令和 1 年 10 月 5 日		住所 東京都中野区東町 9-8-7-605					
被保険者		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	□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】平成						
<p>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。</p>							
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」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。

調査印

南

事業所担当者印

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。)