

支給決議書	支給額		円	資格取得年月日	年	月	日
	内訳	法定	円	資格喪失年月日	年	月	日
		附加	円				
	分娩年月日		年	月	日	出生数の数	単胎・多胎()児
備考				生産・死産の別	生産・死産()ヵ月		

被保険者
家族
出産育児一時金・出産育児付加金請求書

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号		記号 100 番号 12345	② 被保険者の氏名		健保 太郎	
	③ 被保険者の住所		〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	④ 日中連絡の取れる電話番号		自宅	000-000-0000		勤務先	111-111-1111
	⑤ 被保険者の勤務する又は勤務していた事業所		〇〇〇〇株式会社〇〇支店				
	⑥ 被保険者の資格取得年月日		昭和 平成 令和	00 年 00 月 00 日	⑦ 分娩年月日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	⑧ 家族が分娩したための請求の場合はその者の		氏 名 健保 花子		⑨ 生 年 月 日 昭和 平成 令和	00 年 00 月 00 日	⑩ 続 柄 妻
	⑪ 振込希望口座		〇〇 銀行	普通	00000000	(フリガナ)	ケンボ タロウ
			〇〇 支店	当座		(名義人氏名)	健保 太郎
	⑫ 委任状		私は を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領を委任します。 令和 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名				

証医師・助産師が	分娩年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎()児	生産・死産の別	生産・死産()ヵ月
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日					
	医療機関の所在地・名称					
	医師・助産師名					
電 話 番 号						

〔注意事項〕

- 訂正した場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
- 医療機関から交付された「直接支払制度に関する合意文書」の写しを添付して下さい。
- 医療機関から交付された費用の内訳が記載された「出産費用明細書」の写しを添付して下さい。
- 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。
(請求書不備の場合は除く)

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます。