

日立健康保険組合 御中

## 健康保険

被保険者  
被扶養者

## 出産育児一時金請求書

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日	備考					
	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)			
	事業所 (会社)名称				従業員番号			
					所属・電話	(TEL : )		
	被扶養者 氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	出産した 年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在				
他の健保から給付を 受けているかどうか	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	生産の場合 出生児数	人	死産の場合 死産児数	人			
委任状	給付金の振込みについて 【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ <u>委任状欄にご署名ください</u> 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます 本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____							

医 師 ・ 助 産 師 の 明 細 書 の 印 と 市 区 町 村 長 の 印	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヶ月又は 週)	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 医療施設の所在地・名称 医師・助産師名 (TEL : )				
	住所			世帯主	
	出生児名	出生年月日	令和 年 月 日	備考	
上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 市区町村長名 (印) (TEL : )					

## 【注意事項】

出産育児一時金の『直接支払制度』を利用される方は、本請求書による申請はできません

受付日付印

## 【添付書類】

国内で出産された場合と海外で出産された場合では、添付書類が異なります。  
別紙「記入例」をご覧ください。

事業所コード	
事業所担当者	
年 月 日	
氏名	

インプット
-------

## 支給決定伺

支給決定額	円	常務理事	事務長	主任	担当
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日		
決裁年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日	扶養認定日	年 月 日		