

※この欄は記入しなくてもかまいません。 支給決議書	支	同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	課長	担当者
	給	支給額	十	万	千	百	十	円		
	決	内	法定							年 月 日
議	書	内	付加							年 月 日

**被保険者 家族 出産育児一時金請求書**

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	番号	② 被保険者氏名	㊟	
	③ 現住所	〒 ( )				
	④ 被保険者の勤務する(していた)事業所	名称	〒 ( )			
		所在地				
	⑤ 出産の日	平成	年	月	日	⑥ 生産・死産の別 生産・死産(妊娠ヵ月)
	⑦ 出産した場所	病院名				
		所在地				
	⑧ 家族が出産したための請求であるとき	家族氏名	家族生年月日	昭和	平成	年 月 日
	⑨ 出生児の氏名			被保険者との続柄		
	⑩ 被保険者が出産した場合は夫に関する状況	氏名	(被保険者証の記号番号)			
		勤務先の事業所名				
		勤務先の事業所所在地				
⑪ 家族が被扶養者に認定後6ヵ月以内の出産の場合は家族に関する状況	認定前に勤務していた場合	認定前に勤務していなかった場合				
	事業所名	被扶養者に認定される前の健康保険は				
	事業所所在地	ア. 国民健康保険に加入していた。				
	期間	年 月	～	年 月	イ. 親などの被扶養者であった。	
					ウ. その他 ( )	
⑫ 受取金融機関	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人	
	銀行 信金 信組 農協	支店・本店	普通・当座		(フリガナ)	

す る と こ ろ 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明	⑬ 出産年月日	年 月 日	⑭ 生産・死産の別	生産・死産(妊娠第週)	
	⑮ 出生児の数	単胎・多胎 (児)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日				
	⑯ 医療施設の名称・所在地	医師・助産師名 ㊟			
	⑰ 本籍	⑱ 筆頭者氏名			
	⑲ 出生届出日	年 月 日	⑳ 出生児名	㉑ 出生年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					
㉒ 市区町村長名 ㊟					

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支 払 済 印

受 付 印

平成 年 月 日提出  
千葉県自動車販売整備健康保険組合

## 記入上の注意

### I 被保険者への注意事項

- 1 表題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、被扶養者が出産したときは「家族」を○印で囲んでください。
- 2 ⑦欄の出産した場所は、出産した病院、診療所または助産所などの医療施設名を記入してください。なお、自宅出産の場合はその旨を記入してください。
- 3 ⑧欄は、被保険者（本人）が出産の請求であるときは、斜線で抹消してください。
- 4 ⑨欄には、出生時が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。
- 5 ⑫欄は、被保険者名義の金融機関名を記入してください。ただし、被保険者以外の者が受領する場合は、その者の名義の金融機関名を記入していただき、「委任状」の添付が必要となります。
- 6 出産にかかった費用の領収書を添付してください。

### II 医師及び助産師への注意事項

- 1 ⑭欄は該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第○週であったか記入してください。

#### 【添付書類】

#### **直接払制度を希望される方**

- ① 病院（助産所）と交わす「直接支払制度合意文書」の写し
  - ② 医療機関等から交付される「出産費用の領収・明細書」の写し
- ※ ①・②の書類が添付される場合は、医師又は市区町村長の証明は必要ありません。

#### **直接払制度を希望されない方**

- ① 病院（助産所）と交わす「直接支払制度合意文書」の写し
  - ② 医療機関等から交付される「出産費用の領収・明細書」の写し
- ※ この申請書の表にある「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の証明をお願いします。  
「市区町村長の証明」については、出産が生産であって、戸籍謄本または戸籍抄本のいずれかを添付する場合は、記入の必要はありません。

☆『出産育児一時金・直接支払制度』を希望される場合は、まず医療機関とご本人様が「直接支払制度・合意文書」を取交わして下さい。（合意文書の書式については、直接医療機関へお問合わせ下さい。）  
退院後、健康保険組合へ「添付書類」と「出産育児一時金」の申請書をご提出下さい。