

支給額※	備考
同年月日	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <p>出産育児一時金の医療機関への直接支払制度を利用し、医療機関からの請求額が、出産育児一時金(50万円)より少ない場合の記入例</p> </div>
決裁年月日	
資格取得日	
資格喪失日	

被保険者

出産育児一時金 請求書

被扶養者

令和 1 年 6 月 1 日 請求

被保険者が記入するところ	被保険者等記号・番号	記号 1000	被保険者の氏名 健保 太郎 印	
		番号 9999	生年月日 昭和 平成・令和 60年 11月 11日	
	事業所名	宝酒造株式会社 本社		
	分娩年月日	令和 1 年 5 月 10 日	死産の時はその旨	
	分娩した場所	医療施設等の名称	タカラ産婦人科	
		医療施設等の所在地	京都市下京区××××町5-10	
	被扶養者の分娩であるときは、その者の	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成・令和 62年 10月 10日	
	フリガナ 出生児の氏名	ケホ ジロ 建保 二郎	被保険者と出生児の関係 長男	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか ある・ない
出生児が被保険者の被扶養者でない時はその理由		他健保等から給付を受けているかどうか 受けている() 受けていない		
出産育児一時金の直接支払制度を	利用している(明細書 400,000 円) 利用していない	備考		

病院から交付される明細書等を添付

市区町村医師、助産婦又は、助産師の証明	分娩年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産	胎数	多胎(児)
	<p>上記のとおり相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療施設の名称</p> <p>医師又は助産師名</p> <p>市区町村長名</p>					

病院から交付される明細書があれば
医師の証明は不要

委任状	私は	を代理人と定め、令和 年 月 日に請求した出産育児一時金、金 円也の受領方を委任します。
	本人住所	京都市下京区××××町7-9
	代理人住所	

振込先口座	銀行コード	銀行名	銀行支店
	店預金口座		
領収書	金 円也領収いたしました。	令和 年 月 日	
	宝グループ健康保険組合理事長 殿	氏名	印

通常、給与とともに支払われますので、この欄の記入は不要

受付日付印
(健康保険組合使用)

宝グループ健康保険組合