

# 健康保険 出産育児一時金請求書

被保険者  
 家族

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	記号 番号	② 被保険者の氏名及び生年月日	(フリガナ) _____ ) ③ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	④	
	④ 連絡先(電話番号)	(内線) _____ (自宅) _____ - _____ (携帯) _____ - _____				
	⑤ 出産年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 出生児数	_____ 人	⑦ 死産のとき	妊娠 _____ カ月 _____ 週
	⑧ 家族が出産したときはその者の氏名及び生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		⑨ 出生児の氏名		
⑩ 給付金の支払いについて	<input type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。 ⇒ 給与振込口座に支払います。⑪へ <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、任意継続被保険者である。 ⇒ 請求者の名義又は受領委任した代理人の名義の金融機関口座に支払います。⑫～⑬へ					
在職者	⑪ アストラゼネカ株式会社 代表取締役 堀井 貴史を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。 被保険者の氏名及び印 _____ ④					
退職者(任意継続被保険者)	⑫ 振込希望金融機関名	(フリガナ) _____ ) 銀行 信用金庫	金融機関コード	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
		(フリガナ) _____ ) 本店 支店	支店コード	口座番号	_____	
	⑬ 委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(請求者)の氏名及び印 _____ ④ 住所 _____ 代理人の氏名 _____ ④ TEL _____ - _____				
医師又は助産師が証明するところ	⑦ 出産年月日	① 出産予定年月日	② 生産・死産の別	⑤ 単胎・多胎妊娠の別		
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	・生産 ・死産(妊娠第 _____ 週又は第 _____ 月)	・単胎 ・多胎( _____ 児)		
	上記のとおり相違ありません。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所在地 _____ 医療機関等の名称 _____ 医師又は助産師の氏名・印 _____ ④ TEL _____ - _____					

[添付書類]

[ 受 付 印 ]

- ・出産育児一時金申請・受取代理契約書(不合意)控の写し
- ・「産科医療補償制度」に加入する医療機関において出産した場合は、**産科医療補償制度加入機関証明スタンプ押印のある領収書写し**

※記入上の注意

1. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
2. ①には③と同じ印を押印してください。
3. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑬により代理人に給付金の受領委任をしてください。なお、そのときは⑬に③に押した印と同じ印を押してください。
4. ⑩及び⑫の□には該当の事項に✓を入れてください。
5. 医師又は助産師の証明に代えて、出生児の戸籍抄本、住民票、出生届の受理証明書(母子の氏名、生年月日が記載されたものに限る)の添付でも差し支えありません。なお、戸籍抄本、住民票は原本に限ります。