

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
支給 内訳	一時金 円
	付加金 円

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
標準報酬	千円			
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			

被保険者・家族 出産育児一時金（付加金）請求書

被保険者証の記号番号	5001 - 1234	事業所の名称	〇〇株式会社
または個人番号（マイナンバー）		被保険者の生年月日	H1年 2月 3日
被保険者の氏名	健保 合子		
出産した場所（医療施設等）	名称	健康産婦人科	
	所在地	123-4567 ***県***市***区***町 89	
出 産 日	令和 5年 4月 5日	生産・死産の別	生産 死産（妊娠 週）
出産した方が被扶養者の場合	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
直接支払制度の利用	有・無	振込希望の銀行	**** 銀行 *****支店
退職後6ヶ月以内の出産もしくは ナイスグループ健保加入後6ヶ月 以内の出産ですか？	はい ・ いいえ	(被保険者口座)	普通 ***** 当座 口座名義人 ケンポ アイコ
備 考			
上記のとおり申請します。 令和 5年 6月 1日			
被保険者の住所 〒123-4567 ***県***市***区***町 123			
氏名 健保 合子			
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿			

証 明	医師助産師による証明	母の氏名		出生年月日	年 月 日	
		出生 上記	●「出産育児一時金支給決定通知書」がお手元に届いている方→証明欄への記入は不要です。 ●「出産育児一時金支給決定通知書」がお手元に届いていない方→証明欄への記入が必要です。 ※支給決定通知書は、直接支払制度に基づき分娩を行った医療機関へ法定給付（上限50万円）の支払いを行った後その旨を被保険者にお知らせするもので、発送時期は出産の約2ヶ月後以降となります。			
欄	市町村長による証明（生産のみ）	本 籍	***県***市***区***町 123	筆頭者氏名	健保 一郎	
		母の氏名	健保 合子			
		出生児氏名	健保 組子	出生年月日	令和 5年 4月 5日	
		上記のとおり相違ないことを証明する。 市町村長名 令和 5年 4月 30日 ***県***市***区長 〇〇 〇〇				

※添付書類 出産育児一時金・付加金を請求する場合は、医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写しを添付して下さい。（この領収・明細書には「産科医療保障制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。）

受付日付印