

支給決定伺				常務理事	事務長	担当者	担当者
支給額	円	法定給付	円				
決定日	年 月 日	附加給付	円				
産科医療補償制度備考	対象・対象外	直接支払制度・貸付等	有・無	内払金	有・無	直接払	年 月 日
					年月日	直接払額	
					支払先	国保連	支払基金

出産育児一時金及び附加金申請書

健康保険被保険者証	記号	1	社員No.	1234-5	被保険者氏名	健保 花子	
	番号	1234	直接支払制度・貸付等	利用・利用なし	産科医療補償制度	対象分娩・対象外分娩	
出産予定日		平成 21 年 10 月 8 日		出産年月日	平成 21 年 10 月 5 日		生産 2 児・死産 1 児
入院して出産した場合は、その医療機関等の名称・所在地・電話番号			大阪産婦人科病院 大阪市西区江戸堀1 06-6447-1234				
被扶養者による出産の場合	被扶養者氏名		続柄		生年月日	年 月 日	
出生児の氏名 (双子以上は別紙)	健保 一郎		被保険者との続柄	長男		被保険者の被扶養者であるかどうか	有・無
	健保 次郎			二男			有・無
上記により「出産・育児一時金及び附加金」を申請します。 平成 21 年 10 月 15 日 社内便宛先 大阪本社〇〇部 申請者 電話番号(内線) 803-〇〇〇 氏名 健保 花子 印							
サカティンクス健康保険組合 理事長 殿							

出産に関する 医師・助産婦 の証明 お手数ですが よろしくお願 い します。	出産年月日	平成 21 年 10 月 5 日	出生児数	単胎・多胎(3児)
	生産・死産の別	生産 2 児 (在胎週数 35 週) ・ 死産 1 児 (在胎週数 35 週)		
	上記のとおり相違無いことを証明します。 平成 21 年 10 月 5 日			
	職名	大阪産婦人科病院 医師	産科医療補償制度	加入・未加入 対象分娩・対象外分娩
	氏名	大阪 太一 印	直接支払制度	利用・利用なし
住所	大阪市西区江戸堀1	直接支払額が法定額以内の場合その費用		¥370,000
電話番号	06-6447-1234	備考		

支払 受付

注) 鉛筆書き、記入漏れは受け付けられません。

「産科医療補償制度」対象分娩の場合は、対象分娩であることを証する印を受けた領収書のコピーが必要です。

分娩者が被保険者資格喪失後6ヶ月以内に分娩した場合は、前の保険者に「出産育児一時金」を支給しない旨の証明の発行を受けて証明書を添付してください。

退職後の場合、振込銀行の指定(指定の無い場合は健保預かり)				被保険者との続柄	
フリガナ		フリガナ		申請者	
銀行名		本支店名			
種別	当・普・その他	フリガナ		口座名義人	
口座番号		口座名義人			

出産育児一時金及び附加金申請書
双子以上を出産した場合の添付書類

出生児について連絡いたします。

健康保険 被保険者証	記号	1	社員No.	1234-5	被保険者 氏名	健保 花子	印
	番号	1234	出産した者の氏名		本人		
出生児の氏名		生年月日		性別	続柄	被保険者の被扶養者 であるかどうか	
健保 一郎		平成21年10月5日		男	長男	ある	ない
健保 次郎		平成21年10月6日		男	二男	ある	ない
		年 月 日				ある	ない
		年 月 日				ある	ない
		年 月 日				ある	ない
		年 月 日				ある	ない