

出産育児一時金
家族出産育児一時金

請求書

直接支払制度の利用の有無
有・無（一方を○）

スズキ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出

被保険者の記入欄	被保険者に関する事項	被保険者等 記号・番号	*		被保険者の 氏名と印	⑩			
		事業所の 名称			所属及び 連絡先	TEL			
		被保険者の 住所・連絡先	〒		TEL				
		資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		資格喪失 年月日	平成・令和 年 月 日			
	家族分娩時の追記	家族の氏名			その家族の 扶養認定日	平成・令和 年 月 日			
		分娩した 年月日	平成・令和 年 月 日		生産児 数	人	死産児 数	人	妊娠経過 期間
分娩に関する事項	分娩した 場所	所在地：				名称：			
	直接支払制度を利用した方の記入欄		医療機関からの 明細書の合計額	円	差額請求額	円			
直接支払制度を利用しなかった方の記入欄	医師・助産師又は市区町村長の証明欄（一方のみ）	分娩した 年月日	平成・令和 年 月 日		生産又は 死産の別	生産・死産〔妊娠 ヵ月 週〕			
		出生児の数	単胎・多胎（ 児）		備考				
		上記のとおり相違無いことを証明する。 平成・令和 年 月 日				医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			
		本籍			筆頭者氏名				
		出生届出日	平・令 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	平・令 年 月 日		
		上記のとおり相違無いことを証明する。 平成・令和 年 月 日				市区町村長名 ⑩			
支給決定伺	出産育児一時金		円		支給伺	年 月 日			
	家族出産育児一時金		円		担当	課長	事務長	常務理事	

⑩ 記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は、記入事項をお返しし訂正させていただきます。⑩2ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。

委任状	上記の受領を 委任します。 平成・令和 年 月 日	に
	被保険者氏名	⑩

※給付金の支払いは、健保に登録されている口座への振り込みとなります。解約された方・登録のない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。

※注意事項：枠外の印には氏名印と同じ印を押してください。

*提出書類について（直接支払制度の利用の有無により提出書類が異なります。ご注意願います）
直接支払制度を利用された方・・・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（専用請求書の内容と相違の無い旨が記載されています）
（領収・明細書の額が2023年3月31日以前の出産は42万円未満、2023年4月1日以降は50万円未満の方が請求します。）

〃 されなかった方・・・医療機関等から交付される直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し

（制度を利用していない旨と申請先の保険者名が記載されています）

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

（制度を利用していない旨と産科医療補償制度の加入の有無が記載されています）

【備考欄】「被保険者証記号番号」*にかわりマイナンバーを記載することも可能です。但し、マイナンバーを記載した場合、本人確認書類が必要です。またマイナンバーには保護シールを貼り、レターパックプラス等で送付願います。