

直接支払制度の利用の有無
☒ 有 ・ 無 （一方を○）

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												
		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 の追記	分娩時 の出産した 家族の氏名			その家族の 扶養認定日		平成・令和		年	月	日						
分娩に 関する 事項	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	ヵ月 週					
	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	
支給決定 伺	出産育児一時金	円		支給 伺		年		月		日							
		円		支給 日		年		月		日							
支給決定 伺	家族出産育児一時金	円		担当		課長		事務長		常務理事							

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

※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。

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

〃 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。

押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書類をお返しし訂正していただきます。②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。