

支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定年月日		年		月	日
				資格照合	取得 喪失	年		月	日
						年		月	日
	支給決定額	円		備考	(認定日： 年 月 日)				

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金支給申請書

										年 月 日		
被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者の 氏名		(フリガナ)						
	事業所の名称						印					
	被保険者の 住所	〒 — 電話 () —										
	出産した者の氏 名及び生年月日	氏 名		生年 月日	昭和 平成	年	月	日	区 分	1. 被保険者 2. 被扶養者		
	出産した年月日	年 月 日		生産 児数	人	死産 児数	人 (妊娠第 週・月)					
								被保険者 との続柄				
	◎ 被保険者が資格喪失後6カ月以内に出産したための請求の場合は、以下の項目も記入してください。											
	現在加入し ている健康 保険の名称	(電話)		被保険者 の氏名				被保険者の 記号番号	記号 番号			
	医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	出産した年月日	年 月 日		生産・ 死産の別	生産・死産 (妊娠第 週・月)						
単胎・多胎 妊娠の別		単胎・多胎 (児)		産科医療補償制度の加入状況				加入 ・ 未加入				
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師・助産師の氏名 印												
本 籍							筆頭者					
出生届出日		年 月 日					出生年月日	年 月 日				
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 市区町村長名 印												

(注) 1. この請求書には、医療機関から交付される「出産費用の領収・明細書」の写しを添付してください。

2. 出産費用の直接支払制度を利用しなかった方は、医療機関から交付される「代理契約に関する文書」の写しも併せて添付してください。

3. 市区町村長の証明欄は、必要事項を記載した市区町村長の証明書の添付、または母子手帳1ページ「出生届届出済証明」の写の添付でも差し支えありません。

受 付 印