

(被保険者→事業主→健康保険組合)

支給年月日	令和 年 月 日
支給額	¥ 円

決定	令和 年 月 日	
常務理事	事務長	担当者

被保険者
家族 **出産育児一時金請求書 (兼) 出産育児一時金等内払金依頼書**

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(被保険者)
住所

氏名

下記のとおり申請します

被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所名	
資格取得	昭和 平成 年 月 日 令和	資格喪失	令和 年 月 日

ご注意 ・被扶養者認定後、6ヵ月以内の被扶養者（前職で被保険者期間が1年以上あった方）で出産育児一時金・家族出産育児一時金の両方に請求権をお持ちの方は、以前加入していた健康保険等に優先申請されるようお願いいたします。
・以前加入していた被保険者の資格が1年未満の方は、資格取得日・資格喪失日の確認できるものを添付してください。

分娩年月日	令和 年 月 日		
入院して分娩したときはその医療機関名	名称 所在地	自費入院 健康保険 入院の別	自費 健保 その他
家族が分娩したとき	分娩者の 氏名	分娩者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和

医師・助産師 又は市区町村 長の証明	出産した 年月日	令和 年 月 日 出産	生産又は 死産の別	生産・死産（妊娠 ヵ月）
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）	備考	
	うえのとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 (職名) 住所 氏名			

※上記証明欄は「出産育児一時金等内払依頼書」の場合は記入不要。

委任状	表記請求金額の受領を _____ に委任します 年 月 日 被保険者氏名
-----	--

- 上記の証明又は、医師または助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類(出産育児一時金等内払金依頼書の場合は、不要)
- 医療機関等から交付される代理契約に関する文書
*直接支払制度に関わる医療機関との代理契約の締結の有無および申請先となる保険者の名称を示すもの
- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書
*代理契約の締結の有無にもとづいて、実際に出産費用の支払に関する手続きが行われたことを示すもの
*産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下で出産した場合、当該出産であることを証明する印のあるもの

受付日付印