

支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支出科目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	出産育児一時金
支給金額	円			資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日
分娩日	令和	年 月 日	資格喪失日	令和	年 月 日	
備考						

担当印	健保受付印
支給日	月 日

出産育児一時金請求書

被保険者等 記号と番号	記号	番号				
被保険者の氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
分娩年月日	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/>	分娩が死亡のときは <input type="checkbox"/> に☑をしてください。		
<input type="checkbox"/>	出生児が請求者の被扶養者であるときは <input type="checkbox"/> に☑してください。	出生児が請求者の被扶養者でないときは、その理由	<input type="checkbox"/>	他制度から給付を受けているときは <input type="checkbox"/> に☑してください。		
振込先指定口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は、左の <input type="checkbox"/> に☑をしてください。 利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。)			
	振込先口座	申請者 OR 代理人	(金融コード)	銀行	(支店コード)	支店
氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
住所	〒 -		電話	- -		
HOYA健康保険組合理事長 殿			上記によって請求します。			令和 年 月 日

市医師町・村助産師の証明欄は	出産年月日	令和	年 月 日	出産または死産の別	出産	死産(妊娠週目)
	出生児の数	単胎	多胎(児)	備考		
	上記のとおり相違ありません。					
	医療施設	令和 年 月 日 (名称)				
		住所				
		医師・助産師名	電話番号	()		
		本籍	筆頭者氏名			
		出生届出日	出生児氏名		出生年月日	
	令和 年 月 日			令和 年 月 日		
上記のとおり証明します。						
令和 年 月 日 (市区町村長名)						

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、出産育児一時金の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	
		住所	

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
※被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。
【添付書類】「産科医療補償制度の対象分娩であるか・ないか」明記されたもの。領収(明細書)のコピー