

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			担当印	健保受付印
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											
								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	〇〇〇			番号	〇〇〇〇					
被保険者の氏名	(氏)	〇〇〇		(名)	〇〇〇		生年月日	昭和 平成	*年	*月	*日
分娩年月日	令和	*年	*月	*日				分娩が死亡のときは □ 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 □ 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			(例) 夫が扶養するため			<input type="checkbox"/>	他制度から給付を受けているときは □ 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 □ 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	〇〇〇			銀行	〇〇〇		支店		
		普通	*	*	*	*	*	*	口座名義 (カタカナ)	〇〇〇 〇〇〇〇	
氏名	(氏)	〇〇〇		(名)	〇〇〇		生年月日	昭和 平成	*年	*月	*日
住所	〒 - 都道府県から記入してください。						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 産の 師証 ま 明 た 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	代理人が受け取る場合にご記入ください。							
		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