

決裁	専務理事	事務局長	総務課長	担 当							
				課長	課長補佐	保 長	主 任	係			
支出科目		款	保険給付費	項	出産育児諸費	目	出産育児一時金	節	負担金補助及び交付金		
起案	支給(出)金額	¥	記入不要				分娩者資格取得年月日	昭平成和	年	月	日
年	分娩年月日	令和	年	月	日	種別	事・従家	受付印			
月	出生児格	有・無	理由 ・他保険加入 ・死産・流産								
日	支給金額内訳	分娩児数	産科医療補償制度	対象	500,000円	直接支払	円				
		児		対象外	420,000円	差額支給分	円				
	備考										

この欄は記入しないで下さい

記入例		出産育児一時金請求書										
組合員が記入するところ	被保険者番号			枝番	申請対象者 (分娩者)			食品 夢子				
	188010010002			01	氏名 生年月日							
	分年	月	日	令和	◇年	◇月	◇日	出生児が組合の被保険者であるかどうか		<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> ない		
証 明 師 又 は 助 産 師 が	分娩の状態及び経過		正常分娩（頭位・骨盤位・側頭位） 鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開					死産・流産 (妊娠 週, 第 月)		生下時体重 g		
	上記の通り証明します。											
令和		年	月	日	所在地							
		(医師又は助産師)			名称							
					氏名		印					
上記の通り請求します。												
令和		〇年	〇月	〇日	(〒×××-△△△△)		Tel 123 (456) 7890					
		住所			〇〇市〇〇区△△△3-2-1							
		組合員			氏名 食品 夢子							
大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿												

〈 銀行振込欄 〉

- ・預金口座は、組合員に限ります。ただし、本人死亡の場合はその相続人(申請人)となります。
- ・ゆうちょ銀行に振込希望の方は、振込専用の店名(漢数字3文字)・種目・口座番号を記入下さい。
- ・口座No等は通帳確認の上、記入して下さい。

振込先		食品						<input checked="" type="radio"/> 銀行	信用金庫
		中央						<input checked="" type="radio"/> 農協	信用組合
								<input checked="" type="radio"/> 支店	出張所
種別	<input checked="" type="radio"/> 1. 普通(総合口座)	口座番号	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="radio"/> 2. 当座								
	<input type="radio"/> 3. 貯蓄								
(フリガナ)		シヨクヒン ユメコ							
名義		食品 夢子							

支出科目	款	保険給付費	項	出産育児諸費	目	出産育児一時金	節	負担金補助及び交付金
決裁	専務理事	専務局長	総務課長	課長	課長補佐	係長	主任	係
起案	支給金額	¥	分娩者資格取得年月日		昭和平成 年 月 日			
年	分娩年月日	令和 年 月 日	種別	事・従家	受付印			
月	出生児格	有・無	理由		記入不要			
日	支給金額内	組合員(甲)	円	受取代理人(乙)	円			
	備考							

記入例

出産育児一時金請求書 (受取代理(事前申請)用)

組合員が記入するところ	被保険者番号	188010010002	枝番	01	申請対象者(分娩者)氏名	食品 夢子	生年月日	昭・平 2 年 3 月 4 日	
	入院(受取代理を依頼)する医療機関等の名称及び所在地	名称 ××産婦人科医院 所在地 ○○市□□町1-1-10							
	組合員(甲)に対する支払金融機関の欄	金機関融名	食品	銀行	信用金庫	店名	中央	支店	種別
	口番座号	2	3	4	5	6	7	8	(フリガナ) ショクヒン ユメコ 食品 夢子
受取代理人の欄	甲(食品 夢子)は、医療機関等である乙(××産婦人科医院)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額[※上限50万円]の受領に関すること。 (※産科医療補償制度対象出産でない場合は上限48万8千円) 令和◇年◇月◇日 住所 ○○市□□区△△△3-2-1 甲(組合員) 氏名 食品 夢子 住所 ○○市□□町1-1-10 乙(代理人) 氏名 ××産婦人科医院								
	受取代理人(乙)に対する支払金融機関の欄								
	金機関融名	長堀	銀行	信用金庫	店名	鰻谷	支店	種別	① 普通(総合口座) 2. 当座 3. 貯蓄
口番座号	5	6	7	8	9	1	0	(フリガナ) ペケペケサンフジンカイイン ××産婦人科医院	
上記の通り申請します。 令和◇年◇月◇日 (〒×××-△△△△) ℓ 123 (456) 7890 住所 ○○市□□区△△△3-2-1 組合員 氏名 食品 夢子 大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿									

※ 当申請にかかる個人情報の利用目的は、支給決定のためであり、これ以外の目的での利用はありません。