

(本人・家族) 出産育児一時金(付加金)請求書

この請求書は、直接支払制度を利用しない場合に使用してください。

				請求日 令和 年 月 日		
被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号		被保険者の氏名と生年月日	(フリガナ)	
		番号			昭和・平成 年 月 日生	
	被保険者の住所	〒 - Tel () -				
	事業所名	Tel () - 営業所・店				
	出産者の氏名	(本人・家族)		資格取得日 扶養認定日	平成・令和 年 月 日	資格取得 扶養認定
	出産年月日	令和 年 月 日		生産児数	人	
	出生児の氏名	(フリガナ)		死産児数	人	妊娠 日・週 か月
	病院又は産院の名称			病院又は産院の所在地		
	出産育児一時金の直接支払制度について 病院から説明を受け、それを了承しましたか			説明を受けて了承した ・ 了承していない		
	振込先金融機関名	銀行 信用金庫		支店 営業所		口座 番号
労働金庫 農協・他		預金 種類	普通・他 ()	口座名義 (被保険者名)		

給付額は一児につき、法定給付が42万円（下記添付書類がない場合は40万4千円）、付加給付（資格喪失者を除く）が被保険者3万円、被扶養者2万円となります。

医師・助産師又は区市町村長が証明するところ※	出産年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (ヶ月)	出生児数	単胎・多胎 (児)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
	医師又は助産師の所在地	令和 年 月 日					
	氏名	〒 Tel () -					
	本籍					筆頭者名	
	出生届出日		出生児氏名		出生年月日		
上記のとおり相違ないことを証明する。							
区市町村長名	令和 年 月 日						
	〒 Tel () -						

※どちらか一方の証明を受けてください。

添付書類：『産科医療補償制度加入機関』印のある領収書の写し

組合使用欄	他保険者給付確認 (令和 年 月 日・不要) 貸付金 (有・無)
-------	----------------------------------

リーガル健康保険組合