

(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 元 年 10 月 1 日	
被保険者証の 記号と番号	記号	〇〇	
	番号	〇〇〇〇	
被保険者の氏名 と生年月日		(フリガナ ケンポ ハナコ) 健保 花子 (印)	
被保険者の住所		〒 279 - 0013 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇 Tel (047) ××× - ××××	
事業所名		(株)リーガル〇〇 Tel (047) 304 - ××××	
出産者の 氏名		(本人・家族) 健保 花子	資格取得日 扶養認定日 平成 令和 22 年 4 月 1 日 (資格取得 扶養認定)
出産年月日	令和 元 年 7 月 27 日	生産児数	1 人
出生児 の氏名	(フリガナ ジョウ 次郎)	死産児数	人 妊娠 日・週 か月
病院又は 産院の名称	〇〇クリニック	病院又は産 院の所在地	千葉県浦安市舞浜△-△-△
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	支店
		信用金庫	営業所
		△△	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
		労働金庫	口座名義
		預金種類	(被保険者名)
		普通・他 ()	ケンポ ハナコ
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。 医師にて記入・押印してもらう						
	所在地	千葉県浦安市舞浜△-△-△		令和 元 年 〇 月 〇 日			
	医師又は 助産師の 氏名	〇〇クリニック 〇〇 〇〇		(印)	Tel (047) ××× - ××××		
	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 (印) 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