※この欄は記入しないでください。 支給決議書	伺年月日	年　月　日						常務理事	事務長	課長	担当者
	支給額	十	万	千	百	十	円				
	内訳 法定							資格 取得	年　月　日		
	内訳 付加							資格 喪失	年　月　日		

被保険者
家　族

出産育児一時金請求書

被保険者が記入するところ

① 被保険者等の 記号		番号		② 被保険者氏名	㊞
③ 現住所	〒 TEL　（　）				
④ 被保険者の勤務する（していた）事業所	名称	TEL　（　）			
	所在地				
⑤ 出産の日	年　月　日	⑥ 生産・死産の別	生産・死産（妊娠　ヵ月）		
⑦ 出産した場所	病院名				
	所在地				
⑧ 家族が出産したための請求であるとき	家族氏名		家族生年月日	年　月　日	
⑨ 出生児の氏名			被保険者との続柄		
⑩ 被保険者が出産した場合は夫に関した状況	氏名	（被保険者証の記号番号　）			
	勤務先の事業所名				
	勤務先の事業所所在地				
⑪ 家族が被扶養者に認定後6ヵ月以内の出産の場合は家族に関した状況	認定前に勤務していた場合		認定前に勤務していなかった場合		
	事業所名		被扶養者に認定される前の健康保険は ア．国民健康保険に加入していた。 イ．親などの被扶養者であった。 ウ．その他（　）		
	事業所所在地				
	期間	年　月～　年　月			

⑫ 受取金融機関	□ マイナポータルに登録の公金受取口座で受け取ります。（下記、銀行口座等の記入は必要ありません）				
	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
	銀行 信金 信組 農協	支店・本店	普通・当座		(フリガナ)

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

⑬ 出産年月日	年　月　日	⑭ 生産・死産の別	生産・死産（妊娠　第　週）
⑮ 出生児の数	単胎・多胎（　児）		

上記のとおり相違ないことを証明する。
年　月　日
⑯ 医療施設の名称・所在地
医師・助産師名　㊞

⑰ 本籍		⑱ 筆頭者氏名	
⑲ 出生届出日	年　月　日	⑳ 出生児名	㉑ 出生年月日　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。
年　月　日
㉒ 市区町村長名　㊞

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

支払済印　　受付印

※　公金受取口座での受け取りにチェックいただいた場合、個人番号等を基に情報照会させていただくことに同意されたものとみなします。

年　月　日提出

千葉県自動車販売整備健康保険組合

記 入 上 の 注 意

Ⅰ　被保険者への注意事項

1　表題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、被扶養者が出産したときは「家族」を〇印で囲んでください。
2　⑦欄の出産した場所は、出産した病院、診療所または助産所などの医療施設名を記入してください。なお、自宅出産の場合はその旨を記入してください。
3　⑧欄は、被保険者（本人）が出産の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4　⑨欄には、出生時が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。
5　⑫欄は、被保険者名義の金融機関名を記入してください。ただし、被保険者以外の者が受領する場合は、その者の名義の金融機関名を記入していただき、「委任状」の添付が必要となります。
6　出産にかかった費用の領収書を添付してください。

Ⅱ　医師及び助産師への注意事項

1　⑭欄は該当する文字を〇印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇週であったか記入してください。

【添付書類】

直接払制度を希望される方

①　病院（助産所）と交わす**「直接支払制度合意文書」の写し**
②　医療機関等から交付される**「出産費用の領収・明細書」の写し**
※　①・②の書類が添付される場合は、医師又は市区町村長の証明は必要ありません。

直接払制度を希望されない方

①　病院（助産所）と交わす**「直接支払制度合意文書」の写し**
②　医療機関等から交付される**「出産費用の領収・明細書」の写し**
※　この申請書の表にある**「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の証明を**お願いします。
「市区町村長の証明」については、出産が生産であって、戸籍謄本または戸籍抄本のいずれかを添付する場合は、記入の必要はありません。

☆『出産育児一時金・直接支払制度』を希望される場合は、まず医療機関とご本人様が「直接支払制度・合意文書」を取交わして下さい。（合意文書の書式については、直接医療機関へお問合わせ下さい。）
退院後、健康保険組合へ「添付書類」と「出産育児一時金」の申請書をご提出下さい。