

健康保險 被保險者 出產育兒一時金支給申請書
家 族

受付年月日	支払年月日

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者が記入するところ

医師・助産師証明欄	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産・混在（妊娠満週日）
	出生児の数	単胎・多胎（児）	※備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。			※出産後2～3時間での死産の場合はその旨記入
	令和 年 月 日		医療施設の名称・所在地	
			医師・助産師名	
			(印)	

受領方法

※健保組合記入欄

◎ 合意書（写）・・・直接支払制度の利用の有無の確認のため（直接支払制度を利用される方）

◎ 産院・病院発行の領収書(写)、明細書(写)…『産科医療補償制度』加入医療機関のスタンプがないものについては48万8千円を支給