

## (本人・家族) 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	申請日	令和	年	月	日		
	被保険者 氏名	(フリガナ)			印 <small>※被保険者が自ら署名する 場合には捺印不要</small>	生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	被保険者の 住所	〒								
	電話番号									
	家族の場合 出産した者の氏名	(フリガナ)			家族の 続柄	妻 その他 ( )	資格 認定日	年 月 日		
		(昭和・平成・令和 年 月 日生)								
	生産・死産 (どちらかに○)	生産 ・ 死産	生産の場合 出生児の氏名 (複数名の記載可)			出生 年月日	令和 年 月 日			
	※出生児を被扶養者として申請する場合は、別途「被扶養者異動[増]申請書」を提出ください。									
	入院・出産した 医療機関名	(名称) ----- (所在地)								
	直接支払制度 (受取代理制度) の利用 (どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 利用しないこととした			<input type="checkbox"/> 利用に合意した ※出産費用 ≥ 出産育児一時金額の場合は、 この請求書の提出は不要です。					

どちらかに○→ 医師・助産師の証明 欄  ※母子手帳の出生届 済証明欄の写しをもっ て代えることができま す。	生産・死産	年 月 日	分娩 (胎児週数 週)
	上記の通りに相違ないことを証明します。		住所  年 月 日 職名 氏名 印  電話 ( )

**【必要書類】**

- ① 上記出生の証明または母子手帳出生届出済証明書欄の写し
- ② 医療機関から交付される直接支払制度合意文書の写し(同制度を利用しない場合でも必要)
- ③ 出産費用の領収・明細書の写し(直接支払制度の可否と産科医療補償制度加入も確認できるもの)

※受取代理制度(注)を利用された場合は、原則、上記を添付する必要はありません。(注)利用は一部の医療機関に限られます。

事業所担当部署	
係	長

R06.12 プリヂストン健康保険組合

健康 保険 組合 記入欄	分娩の日	年	月	日	
	資格喪失日	年	月	日	
	分娩者認定年月日	年	月	日	
	直接支払制度利用	あり	なし		
	産科医療補償制度加入	加入	非加入		

健康保険組合起案・決議		
係	事務長	常務理事