

記入例

出産育児一時金内払金支払依頼書

(直接支払制度を利用した場合)

該当する方にし点を付けてください

- 被保険者
- 家族

お手持ちの保険証の上側に記載されていますので、確認してご記入ください

退職者(予定)・任意継続の方のみご記入ください
在職者の方は記入しないでください

死産による申請の場合は、妊娠経過週数を
ご記入ください

領収書の金額を
ご記入ください

記号	999	フリガナ	ケンボ コウタ		生年月日	昭和 58 年 5 月 4 日
番号	7890	氏名	健保 康太		平成	58 年 5 月 4 日
住所	〒 503 - 0916 岐阜県大垣市日の出町1-1			TEL	0584 - 81 - 3124	
出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)					
	◎受診者が家族(被扶養者)の場合はご記入ください					
氏名	健保 春子		生年月日	昭和・平成 60 年 4 月 19 日	続柄	妻
出産日	平成 令和	31 年 2 月 23 日	出生児の氏名	健保 康子		続柄 長女
生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 ⇒ 生産児数 1 人		<input type="checkbox"/> 死産 ⇒ 死産児数 人		妊娠経過期間	週
出産した医療機関名	〇〇産婦人科		出産にかかった費用	396,200 円		
前の健康保険の資格喪失後6ヶ月以内または当健保の扶養認定後6ヶ月以内の出産である						<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
◎「はい」の場合はご記入ください						
以前加入していた健康保険の種類			<input type="checkbox"/> 健康保険組合	<input type="checkbox"/> 共済組合		
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		
記号番号	記号		番号			
◎在職者のみ記入してください						
出産育児一時金内払金の受給については、事業主に委任し、給与内に振込みすることに同意します。 ※上記事項に同意する場合は右の□にチェックをしてください。 <input checked="" type="checkbox"/>						
◎退職者の方・任意継続者の方のみ記入してください						
振込先	銀行	本店	預金種別	普通・当座		
	信用金庫	支店				
	農協	出張所				
口座番号	口座名義 ※カタカナで記入					

【添付書類】・出産費用の領収書と明細書、直接支払制度の同意書の写し

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、右枠へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------

記入欄 健保	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失日	平成 令和	年 月 日
	備考			支給金額	円	

常務理事	担当

受付日付印

健保で記入しますので、
こちらは記入しないでください

記入方法等不明な点がございましたら
下記までお問い合わせください

イビデン健康保険組合 担当:岸田
TEL:0584-81-3124 内線857-380

【証明欄】 ※医師・助産師、または市区町村、いずれかからの証明を受けてください。

医師または助産師の証明、
市区町村の証明、
いずれかを受けてください

医師または助産師の証明	出産者氏名		出産日	平成 令和	年	月	日
	正常出産または異常出産の別	<input type="checkbox"/> 正常出産 <input type="checkbox"/> 異常出産	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	(妊娠	週	日)
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	備考				
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
医療機関等の所在地							
医療機関等の名称							
医師・助産師氏名 ⑩							

市区町村の証明	本籍									
	筆頭者氏名		出生児氏名							
	出生年月日	平成 令和	年	月	日	出生届出日	平成 令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。									令和 年 月 日
市区町村長名 ⑩										