

支給決定 令和 年 月 日決定		
法定給付費	(家族) 出産育児一時金	円
付加給付費	(家族) 出産育児付加金	円
合計		円

承認	常務理事	事務長	担当

ニコシ健康保険組合理事長 殿

太線内を記入してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	健康保険 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金 請求書 <input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金					
	被保険者氏名			保険証	記号	番号
	分娩年月日		令和 年 月 日	死亡のときはその旨		
	分娩した場所 (医療施設の 名称・所在地)		名称			
			所在地			
	家族が出産したとき	家族の氏名	被保険者との続柄		扶養認定日(健保記入欄)	
		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	出生児氏名(1)		出生児が被扶養者で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
	出生児氏名(2)		出生児が被扶養者で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
	出生児が被扶養者でないとき		氏名	続柄	の扶養となる為	
	直接支払制度利用の有無と他制度からの給付確認		直接支払制度	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	他制度からの給付	<input type="checkbox"/> 受けている (制度の名称) <input type="checkbox"/> 受けていない
	育児雑誌「月刊赤ちゃん！」(12ヶ月分)		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	送付先	〒	
備考						
委任状		私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任します。 (保険証の記号が888(特例退職者)・999(任意継続者)の方は記入不要です) 令和 年 月 日 署名				

医師・助産師が記入する欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別と出生児数	<input type="checkbox"/> 生産【 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)】 <input type="checkbox"/> 死産【妊娠第 月 又は 第 週】
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日			
	医療施設名称・所在地 医師・助産師氏名			

★ 添付書類:領収書の写し・明細書の写し(代理受取額や産科医療補償制度の明記があるもの)

★ 医師又は助産師の証明が受けられない場合、

世帯全員の氏名及び続柄が表示されている住民票(原本)を添付してください。返却しません。

※医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

※死産・流産等の場合、出生児氏名欄のご記入は不要です。