

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

ニコン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	健保 太郎		保険証 記号 5 番号 99999	
	分娩年月日	令和 9 年 9 月 1 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	〇〇産婦人科医院		
		所在地	東京都品川区西大井1-6-3		
	家族が出産したとき	家族の氏名	健保 花子		被保険者との続柄
		生年月日	昭和 平成 令和 9 年 9 月 9 日	妻	
	出生児氏名(1)	健保 春子		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)			出生児が複数のときはそれぞれの氏名をご記入ください。 <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 checked="" type="checkbox"/> 利用している	他制度からの給付	<input type="checkbox"/> 受けている ()
			<input type="checkbox"/> 利用していない		<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない
育児雑誌「月刊赤ちゃん!」(12ヶ月分)	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する	送付先	〒 108-6290 東京都港区港南2-15-3		
	<input type="checkbox"/> 希望しない				
備考	被保険者の資格を喪失した後の分娩の場合、資格喪失日をご記入ください				
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) 自署してください。(概ね、翌月の給与と同日に振込となります)				
	令和 9 年 9 月 9 日		署名 健保 太郎		

医 師 ・ 助 産 師 が 記 入 す る 欄	分娩年月日	令和 9 年 9 月 1 日	生産・死産の別と出生児数	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 【 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 () 児】 <input type="checkbox"/> 死産 【妊娠 月 又は 第 週】
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 9 年 9 月 2 日			医師又は助産師に記入を依頼してください。 (名称・所在地・氏名等が記されたゴム印等を押してください)
	医療施設名称・所在地	〒244-8533 神奈川県横浜市栄区長尾台町471 〇〇産婦人科医院 院長 横浜 次郎		
	医師・助産師氏名	院長 横浜 次郎		
必ず、添付してください。				

★ 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

医師又は助産師の記入がない場合は、追加で添付願います。

※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。