

提出先：被保険者 → ニチレイビジネスパートナーズ → ニチレイ健康保険組合

支 給 額
円

ニチレイ健康保険組合 検印欄				受 付 印
常務理事	事務長	係	係	

被保険者 出産育児一時金請求書
家 族

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	事業所の名称		
	被保険者の氏名		被保険者の 生年月日	年 月 日	
	分娩年月日	年 月 日	死亡のときは その旨		
	分娩した医療施設 等の名称		分娩した医療施設 等の所在地		
	出産した人の氏名		出産した人の 生年月日	年 月 日	
	出生児の氏名		出生児の 生年月日	年 月 日	
	出生児は被保険者の扶養とする はい・いいえ (どちらかに○)		出生児が被扶養者でない 場合はその理由		
	他の健保(他の制度)から一時金の給付を受けているか 受けている ・ 受けていない (どちらかに○)				
	受 取 方 法	事業所経由で	<input type="checkbox"/> 受け取る ⇒委任状欄にご署名下さい。(給与口座へ振込み) <input type="checkbox"/> 受け取らない ⇒振込先を記入して下さい(退職者は必ず記入)		
	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名			
振込先 本人名義の口座に限る	銀行	支店	フリガナ		
	口座番号		口座名義		

直接支払制度を利用していない場合は証明が必要です。

医 師 ・ 助 産 師 ・ 市 区 町 村 が 証 明 す る 欄	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月または 週)	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	出生児氏名(市区町村証明時に記入)		
	産科医療補償制度に 加入している ・ 加入していない (どちらかに○)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。				年 月 日
医療施設の氏名・所在地					
医師・助産師・市区町村長名				印	

【添付書類】

- ① 医療機関等から交付の合意文書写し
- ② 出産費用の領収・明細書写し (産科医療補償制度に加入する医療機関等での出産の場合は証明するスタンプを押印したもの)
* 直接支払制度利用で内払金が発生した場合は「出産育児一時金内払請求書」と読み替えます。

【記入上の注意】

- ・ 出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。
- ・ 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。