

同年月日	令和 年 月 日	常務理事			担当者
支払年月日	令和 年 月 日				
支払金額		円			
資格取得	昭・平・令 年 月 日	扶養取得	昭・平・令 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日	扶養喪失	令和 年 月 日		

N I P P O健康保険組合

年 月分

健康保険 被保険者 (本人)  
被扶養者 (家族) 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号が分からないときはマイナンバーを記入してください		
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者住所 (請求者)	〒	
	被扶養者が 出産した ときの 記入欄	被扶養者 氏名			生 年 月 日	被保険者 との続柄
	出生日	令和 年 月 日	生産・死産の別		1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	生産の場合 出生人数	人	死産の場合 死産人数	人	死産の場合 妊娠経過期間	満 週
	添付書類	<input type="checkbox"/> 出産費用明細書の写し (「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押印されているもの) <input type="checkbox"/> 医療機関と取り交わした直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し				
	出産者 氏名			出生日	令和 年 月 日	
生産・死産 の別	生産・死産 (妊娠 週)	出生時 の状態	正常・異常	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	
医療機関 記入欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師または助産師の氏名 <small>※文字を訂正された場合は医師または助産師のサインが必要です</small>					
被 保 険 者 記 入 欄	委任状 (任意継続の 場合を除く)	私は本件請求に係る療養費の受領を下記代理人に委任します 令和 年 月 日 被保険者 氏名				
	会社 記入欄	代理人住所 代理人氏名				

※出産育児一時金の直接支払制度を利用する場合は本請求書は利用できません

受付日付印

任意継続の場合は受取口座をご記入ください。(本人名義に限ります)			
	銀行 金庫 農協		本店 支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	