日本製鋼所健康保険組合　御中

常務理事	事務長	担当者

□被保険者
□家　　族

出産育児一時金請求書

〔 □ 全額請求　□ 差額請求（直接支払）〕

年　　月　　日

所 属	ＴＥＬ（　　）	被保険者等記号･番号 氏　名	
出産年月日	令和　　年　　月　　日	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
出生児の氏名	ふりがな（　　）	被保険者と 出生児の続柄	
出　産　し　た 被扶養者の名前	続　柄　（　　）		

健保組合記入欄	出産育児一時金	医療機関へのお支払額	給付決定額
	円	円	円

※医療機関等への直接支払制度を利用した場合は、下記の証明は不要。
但し、流産・死産の場合は必要です。

市区町村長・医師または助産師の証明するところ

出産年月日	年　　月　　日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠　　か月）
出生児数	人	死産児数	人

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

市区町村長
医　師　　住　所
助産師
氏　名　　印

給与振込依頼欄

上記給付決定額の受領に関する権限を　　事　業　所　　に委任します。

年　　月　　日

住　　所
被保険者氏名

銀行振込依頼欄

上記給付決定額を振込依頼致します。

年　　月　　日

住　　所
被保険者氏名

銀行名	銀行	預金種別	普通　・　当座
本支店名	店	口座名義 （カナ）	
口座番号			

1．出産育児一時金の支給額は、産科医療補償制度に加入している施設の場合は50万円。
　産科医療補償制度に加入していない施設または海外で出産の場合は48万8千円になります。
2．「領収書」又は「出産費用明細書」、「直接支払制度利用の同意書」等の写しを
　添付してください。
3．「銀行振込」をご利用の際は、申請される被保険者の名義の口座をご記入下さい。
4．本請求書に記載されている情報は、この請求のためにのみ使用し、他目的には使用
　しません。また、健保への送付時、本情報が他人の目に触れない様ご注意ください。