

* 太枠内は、記入しないで下さい。

[出産費様式第2号]091001

支給 決定 議 書	同年月日	年 月 日	常務理事	事務長		扱 者	資 得	年 月 日
	法定給付						格 喪	年 月 日
	付加給付							
	支給額							
	直接払金等充当額			分べんの日	年 月 日		被扶養者	
本人宛支給額			備 考			確 認		

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書 (直接払制度を利用しましたか? はい・いいえ)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の 記号と番号	記号	(2) 被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	(3) 昭和・平成・令和 年 月 日
	(4) 被保険者 (請求者) の住所	(〒 -)	TEL ()	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	(5) 事業所 名称住所		TEL ()	
	(6) 出産した方が 被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	(7) 出産した 年月日	令和 年 月 日	(8) 生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混
	(8) 「生産」の場合 ① 出生人数	人	(8) 「死産」の場合 ② 死産児数	人
	(8) 「死産」の場合 ③ 妊娠経過期間	満 週		
	(9) 出産した 医療機関等の	名称	所在地	TEL ()

に よ る 医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 の 場 合	(10) 出産者氏名	(11) 生産年月日	令和 年 月 日
	(12) 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	(13) 生産または 死産の別
	(14) 上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師氏名
	(15) 本籍	(16) 筆頭者氏名	
証 明 の 場 合 (生 産 の み)	(17) 母の氏名	(18) 出生児 氏名	(19) 出生年月 日
	(20) 上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	市区町村長名

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

*在籍者は会社からの報酬支払時に上乗せ支給となりますので、記入不要です。

(21) 振込 希望 口座	銀行		支店
	預金の種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義

受付日付印

* (22)委任状は、「出産費資金貸付制度」利用者のみ記入してください。

(22) 委 任 状	この請求書の支給決定額のうち、「出産費資金貸付決定額」 に相当する金額の受領を三菱UFJニコス健康保険組合 理事長に委任します。
	令和 年 月 日
	被保険者氏名