

記入上のご注意

1. (1)記号・番号は保険証に記載されています。
2. 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記入者の氏名(サイン)を記入してください。
3. 証明欄については、「生産」の場合は、医師・助産師(10)～(14)又は市区町村長(15)～(20)による証明のいずれか一方で証明を受けてください。
 ※「死産」の場合は、医師・助産師(14)～(17)による証明を受けてください。(13)に「死産→ 満 週」の記入が必ず必要です。

【証明について】

内容	
【申請書所定欄に次のいずれかの証明】 ■ 医師・助産師の証明 ■ 市区町村の証明	【証明が受けられない場合】 ※いずれか1つを添付してください。 ● 戸籍謄(抄)本 ● 戸籍記載事項証明書 ● 登録原票記載事項証明書 ● 出生届受理証明書 ● 母子健康手帳(出生届出済証明欄)の写し ● 住民票

【添付書類】

内容	添付書類
「直接支払制度」を利用した場合	① 医療機関等との合意文書の原本 (直接支払制度を利用する旨、及び請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの) ② 医療機関等から交付を受けた「出産日、出産児数、受取代理額、専用請求書の内容と相違ない旨が記載された明細書または領収書」の写し ③ 産科医療補償制度対象分娩については「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言(印字やスタンプ等)が明記された領収書又は請求書の写し
「直接支払制度」を利用しない場合	① 医療機関等との合意文書の原本 (直接支払制度を利用しない旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの) ② 産科医療補償制度対象分娩については「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言(印字やスタンプ等)が明記された領収書又は請求書の写し

* 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
	支 給	法定給付					格 喪	年 月 日
		付加給付						年 月 日
	額	支給額						
	書	直接払金等充当額		分べんの日	年 月 日	被扶養者		確 認
本人宛支給額			備 考					

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	健保 花子	
		番号 ○○○○○		(3) 昭和 平成 ・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	(4) 被保険者 (請求者) の住所	(〒 101-0021) 東京都千代田区外神田○-○○-○		TEL 090 (○○○○) ○○○○ ※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 の名称 住所	三菱UFJニコス株式会社 〒113-6216 東京都文京区本郷3-33-5		TEL 03 (○○○○) ○○○○	
	(6) 出産した方が 被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	(7) 出産した 年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	(8) 生産または 死産の別	<input checked="" 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	1 人	(8) 「死産」の場 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	東京都品川区小山台○-○-○ TEL 03 (○○○○) ○○○○	
			小山産婦人科医院		

に よ る 医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 の 場 合	(10) 出産者氏名	健保 花子		(11) 生産年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	(12) 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	(13) 生産または 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)		
	(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	東京都品川区小山台○-○-○			
		医療施設の名称	小山産婦人科医院			
	医師・助産師氏名	小山 太郎				
市 区 町 村 長 に よ る 証 明 の 場 合 (<small>生産のみ</small>)	(15) 本籍	(16) 筆頭者氏名				
	(17) 母の氏名	(18) 出生児 氏名	(19) 出生年月 日	令和	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		(印)		

・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