

※ 支 給 支 払 決 議 書	伺 年 月 日	令 和 年 月 日						常務理事	事務長	担当者	
	決 済 年 月 日	令 和 年 月 日									
	支 給 金 額	百 万	拾 万	万	千	百	十	円			
	支 給 金 額 内 訳	A 法定 (円)			B 受取代理額 (円)			C 差額 (法定) (円)		D 付加給付 (円)	
	取 得 年 月 日	平・令 年 月 日						産科医療補償制度加入有無		有・無	出 産 種 別
	喪 失 年 月 日	令 和 年 月 日						直接支払制度利用有無		有・無	单 胎 ・ 多 胎
	備 考										受付日付印

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

**健康保険 ¹被保険者
家 族 出産育児一時金・付加金請求書 ²請求書
内払金支払依頼書差額申請書**

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	3 被 保 险 者 の 記 号 ・ 番 号	—			4 被 保 险 者 氏 名						
	5 被 保 险 者 の 現 住 所	〒 TEL									
	6 資 格 を 取 得 し た 年 月 日	平・令 年 月 日			7 出 生 児 の 氏 名						
	8 出 産 し た 年 月 日	令 和 年 月 日			9 出 産 し た 者			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)			
	10 生 産 又 は 死 産 の 別	<input type="checkbox"/> 生 産 <input type="checkbox"/> 死 産			死 産 の 案 場 、 妊 娠 か ら の 週 数 及 び 日 数			満 週 (日)			
	11 出 産 し た 医 療 機 間	名称 所在地									
	12 上記 9で「出産した者が被扶養者（家族）」の場合は、その者の 氏名と生年月日を記入してください。				被 扶 養 者 氏 名						
	13 上記12の者は、当組合に加入後 6か月以内の出産ですか。				生 年 月 日			昭・平 年 月 日			
	14 上記13で「はい、6か月以内の出産です」と答えた場 合、当組合に加入する前に加入していた保険者につい て記入してください。				保険者名称 _____						
	14-A 同一の出産について、上記14-Aの保険者より出産育 児一時金の支給について				記号・番号 _____			—			
	14-B 同一の出産について、上記14-Aの保険者より出産育 児一時金の支給について							<input type="checkbox"/> 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない			
	15 振 达 先 指 定 口 座 ※被保険者本人名義	金融機関名 (普通預金) 口座番号				支 店 名 (カタカナ) 口座名義人					
	16	<u>A 直接支払制度を利用せずに出産した場合（出産育児一時金・付加金請求書）</u> <input type="checkbox"/> 医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類又は市区町村長が発行した戸籍謄本（抄本） ※「医師・助産師又は市区町村長が証明する欄」に証明の場合は必要ありません。 <input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書（写） ※「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険名」が記載されています。 <input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される出産費用の領收・明細書（写） ※「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の加算対象分娩であることを証するスタンプ（該当する場合のみ）」の押印がなされています。 <u>B 直接支払制度を利用して出産した場合（出産育児一時金・付加金 内払金支払依頼書差額申請書）</u> <input type="checkbox"/> 医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類又は市区町村長が発行した戸籍謄本（抄本） ※「医師・助産師又は市区町村長が証明する欄」に証明の場合は必要ありません。 <input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される出産費用の領收・明細書（写） ※ 直接支払制度を用いた場合に、後日（1~2か月後）に保険者へ送付される「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び「産科医療補償制度の加算対象分娩であることを証するスタンプ（該当する場合のみ）」の押印がなされています。									

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。
※出生時の氏名欄に関して、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

医師・助産師による証明	17 出産者氏名		18 出産年月日	令和年月日
	19 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	20 生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(満週)(日)
	21 上記のとおり相違ないことを証明する。			
	令和年月日			
	医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産師氏名 TEL			

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、担当医師・助産師の署名が必要となります(確認させていただく場合があります)。

市区町村長による証明	22 筆頭者氏名		23 母の氏名	
	24 出生児氏名		25 出生年月日	令和年月日
	26 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 TEL			

印

27 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
令和年月日				
被保険者 住 所				
氏 名				
代 理 人 住 所				
氏 名				
29 振込先指定口座 ※代理人名義		金融機関名	支店名	
		(普通預金)	(カタカナ)	
		口座番号	口座名義人	
28 被保険者との関係				