


※ 支給 支払 議 書	同年月日	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)		= 支給金額	
	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	単胎・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 険 者 が 記 入 す る こ ろ	3 被保険者証 記号・番号	-		4 被保険者氏名		
	5 被保険者の 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		死産の場合、妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)		
	11 出産した医療機関	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		生年月日 昭・平 年 月 日		
	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。	<input type="checkbox"/> はい、6か月以内の出産です <input type="checkbox"/> いいえ違います				
	14 14-A 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-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 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名		支店名		
		口座番号 (普通預金)		口座名義人 (カタカナ)		
	16 直接支払制度 の利用の有無 により添付が 必要となる書 類です。 請求される前 に必ず確認し てください。	<p>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)</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される出産費用の領収・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。</p> <p>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)</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される出産費用の領収・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。</p>				

【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・助産師又は市区町村長が証明する欄（いずれかに証明）	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 			

受取代理人の欄	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	28 被保険者との関係
	29 振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名 口座番号	支店名 口座名義人	
		(普通預金)	(カタカナ)	