

※ 支給 支払 決議 書	受付年月日	平成 年 月 日						常務理事	事務長	担当者	
	伺年月日	平成 年 月 日									
	決済年月日	平成 年 月 日									
	支給金額 A-B+C	百万	拾万	万	千	百	十	円	資格取得年月日	平成 年 月 日	
	内 訳	A法定							資格喪失年月日	平成 年 月 日	
		B法定 (受取代理額)							備考		
		D付加									
	産科医療補償制度加入有無						有 ・ 無				
	直接支払制度利用有無						有 ・ 無				

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 被保険者 健康保険 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金  請求書  内払金支払依頼書

被 保 險 者 が 入 す る と こ ろ	1 被保険者証 記号・番号	—			2 被保険者氏名	印					
	3 被保険者の 現住所	〒			TEL						
	4 事業所名称				5 資格を取得 した年月日	平成 年 月 日					
	6 分娩年月日	平成 年 月 日			8 被保険者 との続柄	9 分娩した医療施設等の名称・所在地					
	7 出生児氏名				【名称】						
	10 被扶養者（被扶養者として認定されている家族）が分娩したための請求である場合に記入して下さい。										
	A 被扶養者氏名				B 被扶養者 生年月日	昭和 年 月 日 平成					
	C 家族が被扶養者として認定されてから6ヶ月以内の分娩ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	D 上記Cで「はい」と答えた場合は、家族が被扶養者として認定される前に加入していた保険について記入して下さい。※①から⑤の記入がない場合は受付ができません。										
	記 入	① 加入していた健康保険の保険者名・電話番号 ※保険者名とは健康保険組合・全国健康保険協会等のことです。				【保険者名】					
② 上記①の健康保険被保険者証の記号・番号				【記号】			【番号】				
③ 上記①の被保険者氏名と被保険者との続柄				【被保険者氏名】				【被保険者との続柄】			
④ 上記①の保険加入期間				平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで							
⑤ 家族が勤務していた会社名・電話番号				【会社名】							
す る と こ ろ	11 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組			支店 普通 <i>No</i>						
	12 下記の書類は、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ので、請求される前に必ず確認して下さい。										
	A 直接支払制度を利用せずに分娩した場合（出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書）										
	<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） ※No.2「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」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「保険者名」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。										
	B 直接支払制度を利用して分娩した場合（出産育児一時金・出産育児一時金付加金 内払金支払依頼書）										
<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） ※No.2「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」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収・明細書（写） ※「直接支払制度を用いた場合に、後日（1~2ヶ月後）、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。											

※訂正した場合は、必ず訂正印（被保険者氏名欄同一印）を押印して下さい。

H22.4改

No.1

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	13 分娩した者の氏名		14 分娩年月日	平成 年 月 日
	15 出生児の数	単胎・多胎( 児)	16 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	17 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産師の氏名 TEL 印			
	18 筆頭者氏名		19 出生届出日	平成 年 月 日
	20 出生児氏名		21 出生年月日	平成 年 月 日
22 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 TEL 印				

受取代理人の欄	23 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。 平成 年 月 日 被保険者 住所 氏名 代理人 住所 氏名 印 印			
	24 振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組		支店 普通 <i>No.</i>