

|       |     |               |  |               |  |           |  |       |  |       |  |
|-------|-----|---------------|--|---------------|--|-----------|--|-------|--|-------|--|
|       |     |               |  | 支 給 決 定 決 議 書 |  |           |  |       |  |       |  |
|       |     |               |  | 理 事 長         |  | 常 務 理 事   |  | 事 務 長 |  | 担 当 者 |  |
|       |     |               |  |               |  |           |  |       |  |       |  |
| 支 給 額 |     |               |  | 円             |  | 資 格 取 得   |  | 年 月 日 |  |       |  |
| 支 内   | 給 訳 | 出 産 育 児 一 時 金 |  | 円             |  | 資 格 喪 失   |  | 年 月 日 |  |       |  |
|       |     | 出 産 育 児 付 加 金 |  | 円             |  | 支 払 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |       |  |

☐ 被 保 険 者  
☒ 被 扶 養 者

出産育児一時金・付加金請求書

|                                    |  |                                                                                                 |         |                                                                       |      |                                    |   |                                                                              |                  |  |  |
|------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|
| ① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号            |  | 記 号                                                                                             | 10      | 番 号                                                                   | 0000 | ② 事 業 所 の 名 称                      |   | 科 研 製 薬 株 式 有 限 公 司                                                          |                  |  |  |
| ③ 被 保 険 者 の 氏 名                    |  | 健 保 太 郎                                                                                         |         |                                                                       |      | ④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日                |   | 0000 年 00 月 00 日                                                             |                  |  |  |
| ⑤ 分 娩 年 月 日                        |  | 0000 年 00 月 00 日                                                                                |         |                                                                       |      | ⑥ 生 産 ・ 死 産 の 別                    |   | <input checked="" type="checkbox"/> 生 産 <input type="checkbox"/> 死 産 (妊 娠 週) |                  |  |  |
| ⑦ 出 生 時 の 数                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> 単 胎 <input type="checkbox"/> 多 胎 (                      児 ) |         |                                                                       |      |                                    |   |                                                                              |                  |  |  |
| ⑧ 分 娩 し た 場 所                      |  | 医 療 施 設 等 の 名 称                                                                                 |         | 科 研 マ タ ニ テ ィ ク リ ニ ッ ク                                               |      |                                    |   |                                                                              |                  |  |  |
|                                    |  | 医 療 施 設 等 の 所 在 地                                                                               |         | 東 京 都 文 京 区 本 駒 込 ○ 丁 目 ○ ○ 番 ○ ○ 号                                   |      |                                    |   |                                                                              |                  |  |  |
| ⑨ 分 娩 し た 方 の 氏 名 ・ 生 年 月 日        |  | 氏 名                                                                                             | 健 保 花 子 |                                                                       |      | 続 柄                                | 妻 | 生 年 月 日                                                                      | 0000 年 00 月 00 日 |  |  |
| ⑩ 出 生 児 の 氏 名                      |  | 健 保 一 郎                                                                                         |         |                                                                       |      | ⑪ 出 生 児 の 生 年 月 日                  |   | 0000 年 00 月 00 日                                                             |                  |  |  |
| ⑫ 出 生 児 が 被 扶 養 者 か だ う か          |  | 被 扶 養 者 で                                                                                       |         | <input checked="" type="checkbox"/> ある<br><input type="checkbox"/> ない |      | ⑬ 出 生 児 が 被 扶 養 者 で ない 時 は そ の 理 由 |   |                                                                              |                  |  |  |
| ⑭ 他 制 度 か ら 給 付 を 受 け て いる か だ う か |  | <input type="checkbox"/> 受 け て いる <input checked="" type="checkbox"/> 受 け て い ない                |         |                                                                       |      |                                    |   |                                                                              |                  |  |  |
| ⑮ 直 接 支 払 制 度 利 用 の 有 無            |  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                |         |                                                                       |      |                                    |   |                                                                              |                  |  |  |
| ⑯ 備 考                              |  |                                                                                                 |         |                                                                       |      |                                    |   |                                                                              |                  |  |  |

上 記 の と お り 申 請 し ま す 。

0000 年 00 月 00 日

〒 000 - 0000

被 保 険 者 の 住 所  
氏 名

東 京 都 港 区 南 青 山 ○ 丁 目 ○ ○ 番 ○ ○ 号  
健 保 太 郎



科 研 製 薬 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿

【記入上の注意】

被保険者の皆様に対する留意事項

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「**被保険者**」の、被扶養者が分娩したときは「**被扶養者**」の**チェックボックスに✓を入れてください**。
2. ⑧欄の分娩した場所は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。  
(なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑩、⑪欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。**死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です**。
4. ⑭欄には、他の医療保険制度からすでに出産育児一時金、配偶者出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
5. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは資格喪失年月日を、生産であったが、間もなく死亡したときは、「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
6. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。
7. 「**産科医療補償制度加入スタンプ印**」を受けた「**領収・明細書**」または「**請求書**」の**コピー**を必ず添付してください。
8. 口座振替・クレジットカードによる支払いなどで、「**領収・明細書**」が発行されない場合、「**出産証明書**」等「**産科医療補償制度加入スタンプ印**」を受けた書類の**写し（コピー）**を添付してください。