

受付年月日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
標準報酬月額	千円(第 級)
産科医療保障制度加入	有 ・ 無

常務理事	事務長	課 長	扱 者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		

被保険者
家 族 出産育児一時金等内払金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	・	② 事業所の名称		③ 被保険者の 標準報酬月額	千円	
	④ 被保険者の氏名				⑤ 被保険者の 生年月日	年 月 日	
	⑥ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日				年 月 日		
	⑦ 出産年月日	年 月 日	生産児数	死産児数	⑧ 死産のときは その旨	⑨ 妊娠 経過期間	ヵ月 週
	⑩ 出産した場所	医療機関等の名称					
		医療機関等の所在地〒					
	⑪ 出生児の氏名 および続柄				⑫ 出生児が被保険者の 被扶養者かどうか	ある ない	
	⑬ 出生児が被扶養者で ないときはその理由				⑭ 他制度から給付を 受けているかどうか	受けている 受けていない	
	⑮ 被保険者が 出産した場合	該当する支給要件はどちらですか 0:被保険者期間中の出産 1:資格喪失後6ヵ月以内の出産 (資格喪失後加入している医療保険制度 を下欄に記入してください)			⑯ 被扶養者が 出産した場合	あなたの被扶養者になった時期 0:出産の日より6ヶ月以上前 1:その他 (被扶養者となる前に加入していた医療 保険制度を下欄に記入してください)	
	⑰ 制度名及び保険者	① ⑦ の 連 絡 先	② 被 保 険 者 氏 名	④ 被保険者証の記号番号			
	⑱ 上記のとおり申請します。 年 月 日	被保険者の住所〒 氏 名 ⑩					

⑲ 委任状	私は 年 月 日 請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)等内払金のうち 円也の受領に關すること。 被保険者の住所〒 氏 名 ⑩ 代理人の住所〒 氏 名 ⑩					
	⑳ 振込希望の銀行	銀行 支店 普通・当座 No.				

㉑ 受領書	金 円也領収いたしました。 年 月 日 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿 被保険者の住所〒 氏 名 ⑩					
-------	--	--	--	--	--	--

受付日付印

*** 注意**
この内金払請求書は、「直接支払制度」を利用して、出産費用が42万円(産科医療保障制度に未加入の医療機関での出産は39万円)未満であるときに申請してください。

*** 添付資料**
医療機関が発行する領収明細書の写し(産科医療保障制度に加入している医療機関等で出産した場合は、「産科医療保障制度加入医療機関」のスタンプ印があるもの)を添付してください。