

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
記号番号を入力すると被保険者の名前や住所等の情報が印字される。	
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	1 0 ・ 1 2 3 4 5 6	② 事業所の名称	日本貨物検数協会 〇〇支部	③ 被保険者の 標準報酬月額	300 千円
	④ 被保険者の氏名	健保 康太		⑤ 被保険者の 生年月日	5 0 年 1 0 月 2 6 日	
	⑥ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日	健保 組子		5 3 年 1 月 1 7 日		
	⑦ 出産年月日	2 1 年 1 0 月 9 日	生産児数 1	死産児数	⑧ 死産のときは その旨	⑨ 妊娠 経過期間 3 8 週
	⑩ 出産した場所	医療機関等の名称 日検産婦人科医院				
		医療機関等の所在地 〒108-×××× 東京都港区海岸×-××-×				
	⑪ 出生児の氏名 および続柄	健保 元貴	長男	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。	令和 2 年 1 0 月 1 5 日					
被保険者の住所 〒108-0022 東京都港区海岸3-2-3 氏名 健保 康太 ㊞						
日本貨物検数健康保険組合理事長 殿						

委 任 状	私は 会長 日検一郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和2年10月15日請求した出産育児一時金等内払金のうち金 円也の受領に関すること。					
	令和 2 年 1 0 月 1 7 日		被保険者の住所 〒108-0022 東京都港区海岸3-2-3 氏名 健保 康太 ㊞	代理人の住所 〒104-0045 東京都中央区築地1-10-3 氏名 日本貨物検数協会 会長 日検 一郎 ㊞		
	⑳ 振込希望の銀行	銀行 支店 普通・当座 No.				

⑳ 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 〒108-0022 東京都港区海岸3-2-3 氏名 健保 康太 ㊞

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) 添付がないと支給できない さい。
場合があります。

* 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。