

決 裁	常務理事	常務理事	事務局長	課長	係
	令和 年 月 日決定				

3号  
**記入例**  
家

出産育児一時金 450,000  
 直接支払制度 - 420,000 円  
 差額支給相当 30,000 円

### 出産育児一時金支給申請書

被保険者証	記号	86 - 001	番号	1234
出生 児 事 項	分娩年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	フリガナ	イ シ ジロウ	性別	続柄
	出生児の氏名	医 師 次 郎	男・女	長男
	フリガナ	イ シ ハナコ	母親の被保険者 資格取得年月日	昭和 平成・令和
	母親の氏名	医 師 花 子		〇〇年〇〇月〇〇日
分娩の種類	正常・異常・死産 ( 月)	産科医療補償 制度加算	1.有り 2.無し	

組合規約の規定により、上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  
 (郵便番号) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
 組合員住所 東京都千代田区〇〇〇 1-1-1  
 組合員氏名 医 師 太 郎  
 電話番号 03 (××××) ××××

東京都医師国民健康保険組合理事長 殿

産科医療補償制度加入機関での分娩の場合は、「1.有り」に○をしてください。

**金額** この欄は、記入しないでください。

(金額欄には記入しないこと)

振 込 先 口 座	金融機関	〇〇〇	銀行	〇〇〇	本店
			信用金庫		支店
			信用組合		出張所
	銀行コード	〇 〇 〇 〇	支店コード	〇 〇 〇	
口座の種類	1.普通 2.当座	口座番号	1 2 3 4	5 6 7	
フリガナ	イ シ タロウ				
口座名義人	医 師 太 郎				

**直接支払制度を利用していない場合は、下記3点の書類を添付してください。**

1. 出産の事実を証明する、次のイ～ホのいずれか。  
 イ. 出生証明書      ロ. 出産届受理証明書      ハ. 世帯全員記載の住民票      ニ. 戸籍抄本  
 ホ. 母子健康手帳、その他出産を証明できるもの
2. 医療機関等から交付された直接支払制度を利用しない旨を記載した合意文書。
3. 産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は、同制度に加入していることが証明されているスタンプが押印されている領収書の写し。

執行印

処理印

受付印