

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  
直接支払制度 - 円  
差額支給相当 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	〇〇〇			
	銀行コード	〇	〇	〇	〇	支店コード	〇	〇	〇	支店出張所	
	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