年　　月　　日提出

センコー健康保険組合 殿

健康保険（被保険者・家族）出産育児一時金「直接支払制度」内払金請求書

（↑誰の出産であるかにより「被保険者・家族」のいずれか該当するものを〇で囲んで下さい）

被保険者が記入する欄	1.被保険者証の記号と番号	記号		2.被保険者の氏名			
		番号					
	3.被保険者の現住所	〒　　電話					
	4.事業主の名称						
	5.家族(被扶養者)の分娩の場合は、氏名･続柄･生年月日を記入	氏名		続柄		生年月日	年　月　日
	6.分娩した年月日	年　月　日	7.生産児数	人	8.死産児数	人	
	9.妊娠経過期間（死産の時のみ、その妊娠経過期間を日数で記入）			日			
	当健保の被扶養者資格取得後6ヶ月以内の分娩の時	10.他の健保の被保険者でしたか	はい・いいえ	【はい】のとき、12. 13に記入して下さい			
	当健保の被保険者資格喪失後6ヶ月以内の分娩の時	11. 他の健保の被扶養者ですか	はい・いいえ	【はい】のとき、12. 13に記入して下さい			
	12.他の健保の保険者名	健保・政管・国保・その他		13.他の健保の記号及び番号			
	14. 10. 11で【はい】と答えられた方は、上記の他の保険者からも給付が受けられることもありますが、請求は　⇒			する・しない			
	（請求しない理由）						

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

（被保険者への注意事項）

イ．5の欄は、家族（被扶養者）の出産の場合のみ記入して下さい。

ロ．10～13の欄は、被扶養者資格取得後6ヶ月以内あるいは被保険者資格喪失後6ヶ月以内の分娩であるときのみ、被扶養者になる前のあるいは現在被扶養者になっている保険者名及び被保険者番号を記入して下さい。

ハ．女子被保険者が資格喪失後に被扶養者となった場合、資格喪失後の被保険者に出産育児一時金「直接支払制度」を受けるか、家族（被扶養者）出産育児一時金「直接支払制度」を受けるかは、選択によることになっており、重複しては支給されません。

ニ．出産育児一時金「直接支払制度」内払金は事業主を通じて、被保険者に支給されますので、必ず下記の委任状に記入して下さい。

ホ．提出時には、以下の①・②の書類を必ず添付して下さい。

①医療機関から発行される【領収・明細書】の写し　②医療機関との直接支払制度「合意文書」の写し

※鉛筆書き・修正液（修正テープ）の使用・訂正印無しの請求書は受付できません。

委任状	私は、事業主＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、　年　月　日に請求した出産育児一時金「直接支払制度」内払金の受領方を委任します。 年　月　日 〔住　所〕 被保険者 〔氏　名〕

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担　当	担　当

事務連絡先	所属	関係会社（社名：　　）	担当者	