

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	被扶養者資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	伺い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年 月 日	産児数		人	決 済	年 月 日		
	産科医療保障制度	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	医療機関からの請求額 ¥	備考		支給額			

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

1ページ目(全2ページ)

※直接支払制度を利用しない  
出産の場合用

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

申請者	フリガナ					年齢					被保険者等記号・番号			
	氏名					年齢					—			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日				申請者住所	〒 —							
	日中の連絡先	( )												
申請内容	出産した者	氏名		年齢	生年月日		出産年月日							
					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日		令和 年 月 日							
	生産・死産の別と産児数	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在 ( 人) ( 人) (生産 人、死産 人)		※死産の場合、 妊娠経過期間 満 週										
	出産した医療機関等の名称		医療機関等の所在地				出生児の氏名							
振込先指定	金融機関名	銀行・信金 信組・協組・他				本店 支店		※申請者以外の口座を指定する場合は 下欄で受取代理人へ委任が必要です						
	口座 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号(左詰め)				名義(カタカナで記入)								
受取代理人	委任者(申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日				/受付印日付\								
	被委任者(代理人)	氏名												
	被委任者(代理人)	〒 — 電話 ( ) 住所 氏名												

※申請に当たっては直接支払制度を利用しない旨、医療機関と交わした文書を添付してください。  
また、2ページ目(裏面)に出産の証明を受けてください。

確認事項	今回の出産は、退職後6ヶ月以内の出産、または当組合加入後6ヶ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> はい ※はいの場合は、退職後または当組合加入前の保険者について、 <input type="checkbox"/> いいえ 下欄にお知らせください。									
	保険者名称									
	記号					同一の出産について、この保険者より 出産育児一時金を受けましたか。 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない				
	番号									

※下のいずれか一つを選択し、出産の証明を受けてください。

医師・助産師による証明	出産者氏名			出産日	令和	年	月	日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎( 児)	生産死産	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠満 週) <input type="checkbox"/> 混在			
	上記の通り、事実と相違ないことを証明する							
	令和 年 月 日							
	医療施設の所在地							
医療施設の名称								
医師・助産師の氏名								
電話番号 ( )								

市町村長による証明	本籍地			筆頭者氏名				
	母の氏名			出生児の氏名(人数)	( 人)			
	出生日	令和	年					
	上記の通り、相違ないことを証明する							
	令和 年 月 日							
市町村長名								