被保険者
家　族

出産育児一時金請求書

被保険者情報	記号		番号	
	氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日
	自宅住所	〒　－	電話番号（日中の連絡先） （　　）	
	事業所名			

申請内容	出産した者の氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	
	出産した年月日	令和　年　月　日			
	生産又は死産の別	1、生産　2、死産　3、生産・死産混在			
	「生産」の場合 出生人数	人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠経過期間　満　週
	直接支払制度の 利用の有無	有　・　無			
	現在、当組合を脱退されている方は、 現在の保険証の保険者名・記号・番号				市・区・町・村国民健康保険 健康保険組合・協会けんぽ 共済組合
	家族が当組合に資格取得後、半年以内の出産の方は 当組合加入前の保険者名・記号番号		記号		番号
			被保険者氏名		続柄

どちらかの証明を受けてください	医師・助産師が証明するところ	出産した年月日	令和　年　月　日	生産又は死産の別	生産　・　死産（妊娠　週　日）
		出産児の数	単胎　・　多胎（　　児）	備考	
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日 医師・助産師　氏名		医療施設の名称 所在地 電話番号　（　　）	
	市区町村長が証明するところ	本籍		筆頭者氏名	
		出生届出日	出生児氏名	生年月日	
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日 市区町村長　氏名　㊞		市区町村名 電話番号　（　　）	

委任欄	本請求金額の受領を　住所 会社　㊞　に委任する。 令和　年　月　日　被保険者氏名　㊞

受　付　印

社会保険労務士の提出代行者印	

備考欄	

石油製品販売健康保険組合

1 2 3 4 被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不用です。
被保険者の印はすべて同一の印で捺印ください。
海外で療養を受けた場合、医師の証明が外国語で作成されている時は、邦訳を添付ください。（翻訳者の氏名・住所の記載のあるもの）
給付金の受領方は原則として事業所振込となっていますので、「委任欄」に署名・捺印をお願い致します。

※ 添付書類

①「 直接支払制度合意文書 」 の写

②「 専用請求書の内容と相違ない旨を記載した出産費用明細書 」 の写

③「 産科医療保障制度の対象分娩です。 」 の文言を印字やスタンプ等で明記されている明細書等の写

（ 産科医療補償制度に加入している医療機関等で妊娠22週以降に出産した場合 ）