

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

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。
給付金の受領方は原則として事業所振込となりますので、「委任欄」に署名・捺印をお願いします。
(翻訳者の氏名・住所の記載のあるもの)

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 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	医療施設の名称 所在地 医師・助産師 氏名 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	市区町村名		
	市区町村長 氏名	☺	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

※ 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)