

支給額	円	直接支払制度利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基金支払日	常務理事	事務長	係
		内 出産育児一時金	円				
		訳 出産育児付加金	円				

野村證券健康保険組合殿

出産育児一時金
家族出産育児一時金 請 求 書
出産育児付加金

被保険者等 記号・番号	記号					被保険者 の氏名	
	番号						
分娩日	令和 年 月 日						
被保険者の住所	〒					電話番号	日中連絡の取れる電話番号 ()
所属会社 部店名						電話番号	()
被保険者の メールアドレス	@					連絡の取れるメールアドレスをご記入ください。 o (オー) と0 (ゼロ) など、区別がつきにくい場合は その上にフリガナを振ってください。	
分娩時に入院 した病院等	名 称						
	所在地						
分娩者氏名						被保険者との続柄 本人 ・ 家族	
直接支払制度	直接支払制度を		添付書類				
	<input type="checkbox"/> 利用した		添付書類は不要です				
	<input type="checkbox"/> 利用していない		・分娩費用明細書又は出産費用明細書※のコピー ・合意文書のコピー(直接支払制度を利用しない旨)				

※妊婦合計負担額、代理受領額等が記載されていて、産科医療補償制度の加算対象である旨の文言やスタンプがあるもの。

以下の証明は、直接支払制度を利用していない場合のみ必要です。（直接支払制度を利用した場合は不要です。）

証明欄 (いずれかに ご記入 ください)	医師 の場 ・合 ・助 産 師 に よ る 証 明	分娩者		生産・死産の別	生産 (正常 ・ 異常) 死産 (満 週 日)
		分娩日	令和 年 月 日	出産児の数	単胎 ・ 多胎 () 児
		上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関住所 医療機関名等 医師・助産師の氏名 電話番号 ()			
	市区 町村 長 (生 産 に よ る 証 明)	母の氏名		出生の年月日 令和 年 月 日	令和 年 月 日
		子の氏名			
		上記の通り相違ないことを証明する。 市区町村長名 ㊟			

振込先 (被保険者 名義の 口座)	銀行コード	銀行 信金	支店コード	支店 出張所
	普通 当座	口座番号	フリガナ	口座 名義人

・直接支払制度を利用した場合は、出産育児付加金の請求となります。（出産費用が50万円未満の場合は差額も支給いたします。）
・振込は直接支払制度利用の確認後（出産日から約3ヶ月後）となります。至急での受取りをご希望される場合は当健保組合にお電話ください。