

添付書類

- 出産費用の領収書コピー（産科医療保障制度加入医療機関の場合、証明スタンプの押されたもの）
- 医療機関との「直接支払いを利用しない」旨記載の合意文書のコピー
- 海外出産の場合、出産の事実を確認できるもの（要、日本語訳）

直接支払い不活用  
または、海外出産

# 出産育児一時金請求書

本人・家族

被保険者証 記号・番号	—	事業所名称 所在地		
出産した方の氏名	(被保険者との続柄： )		出産日 令和 年 月 日 (児の数： 人)	
退職後6か月以内に 出産した方（該当の方 のみ記入してください。）  保険の加入状況	勤務していた時の保険	被保険者証の記号・番号	記号 番号	
		保険者名（国保、健保組合等）		
		保険者番号		
	現在加入の保険	被保険者証の記号・番号	記号 番号	
		保険者名（国保、健保組合等）		
		保険者番号		
振込先口座 (被保険者名義のもの)	銀行・金庫 農協・信組		支店 出張所	
普通 当座 口座番号	フリガナ 口座名義人			
上記のとおり請求します。 カルビー健康保険組合理事長様 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者 氏名 (印) TEL - -				
医師・助産師 または市区町村 村長の証明  (市区町村長の 証明を受けた場 合は、母子手帳 の在胎週数が確 認できるページ のコピーを添付 願います。)	医師・ 助産師	出産年月日	令和 年 月 日	左記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地  名称 医師・助産師氏名 (印)
		出産児の数	単胎・多胎 ( 児)	
		在胎週数	在胎 週	
		生産死産の別	生産 ・ 死産	
	市区町 村長	世帯主名		左記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 市区町村所在地  名称 市区町村長氏名 (印)
		住所		
		出生児名		
		出生年月日	令和 年 月 日	

カルビー健康保険組合

被保険者以外の方が受領する場合のみ、下記委任状をご記入ください。

委任状	本請求の給付金に関する受療を、下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (印)
	〒 - 住所 受取代理人 氏名 (印) TEL - -