

被保険者 ① 出産育児一時金（付加金）請求書
 家族 ② 出産育児一時金内払金支払依頼書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	直接支払制度 利用の有無 差額負担の有無	直接支払制度を	<input type="checkbox"/> 利用した→ 自己負担あり・自己負担なし <input type="checkbox"/> 利用していない ※ レまたは○をつけてください			
	被保険者の 記号・番号		事業所の名称			
	分娩年月日	平成 年 月 日	死産の時はその旨			
	出産した病院 名称					
	出産した病院 住所					
	被扶養者分娩であるとき その氏名・生年月日		昭和 平成	年 月 日		
	出生児の氏名		出生児が被扶養 者かどうか	被扶養者で	ある ない	
	出生児が被扶養者で ないときはその理由					
	振込希望の銀行 (ゆうちょ銀行不 可)	銀行	支店	1:普通 2:当座		
		口座 番号	名義人	(フリガナ)		
上記の通り申請します。		セディナ健康保険組合 殿				
被保険者の	平成 年 月 日					
住所	〒	—	TEL			
氏名	(印)					
医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産年月日	平成 年 月 日	産科医療保障制度	加入 ・ 未加入		
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月) 週	産科医療保障制度スタンプ印押印			
	直接支払制度	利用する → ・ 利用しない (代理受取額 円)				
	出生児の数	単胎 ・ 児				
	備考					
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日				
所在地						
医 師 名						
助 産 師 名						
		印				

【添付書類】

1 直接支払制度の利用に関する合意文書【写し】

直接支払い制度の利用の有無が記載された医療機関との合意文書です。

2 出産費の領収書（明細書）【写し】

上記「医師・助産師が証明するところ」欄と同内容が記載された明細書。

この書類の添付がある場合、「医師・助産師が証明するところ」欄の証明は直接支払制度の利用者は不要。①の出産育児一時金（付加金）請求書の場合は証明が必要です。