

健康保険

被 保 険 者
家 族

出産育児一時金【内払金・差額】請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の 記号・番号		(2) 事業所の名称		
	(3) 被保険者の氏名		(4) 被保険者の 生年月日	昭・平 年 月 日	
	(5) 被扶養者の分娩で あるときはその氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	(6) 分娩年月日	年 月 日	(7) 死亡のときは その旨		
	(8) 分娩した場所	医療施設等の 名称			
		医療施設等の 所在地			
	(9) 出生児の氏名		(10) 被保険者と 出生児の続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()	
	(11) 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある ない	(12) 出生児が被扶養者で ないときはその理由		
	(13) 直接支払制度	利用している ・ 利用していない			
	(14) 振込希望の銀行 (報酬振込口座)	銀行	支店	普通 当座 No.	預金 名義人
	(15) 備 考				
	(16)	うえのとおり差額を請求します。 年 月 日 〒 TEL () 住 所 被保険者の (請求者の) フリガナ 氏 名			
		(印)			
		太陽生命健康保険組合理事長 殿			

(注 意 事 項)

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○印で 受付日付印 囲んでください。
2. (5)欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、「該当せず」と記入して下さい。
3. (8)欄「分娩した場所」は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設の名称・所在地を記入してください。(なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)
4. (9)(10)欄は、出生児の氏名(出生児が複数の場合は全て)、被保険者との続柄を記入してください。
5. (13)欄は、直接支払制度利用の有無について、該当する方に○をして下さい。
6. (14)欄は、被保険者の報酬振込口座(退職者は、希望する振込銀行口座)を記入して下さい。
7. (15)欄は、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときには「資格喪失年月日」を、出産したが間もなく死亡したときには「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. (16)欄は被保険者が記入・押印しますが、分娩した被保険者死亡の場合は相続人が請求出来ます。
9. 字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消して請求欄(16)で押印している印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

(添 付 書 類)

- ・直接支払制度「合意文書」の写し
- ・費用の内訳を記載した「領収・明細書」(退院時、医療機関等より発行される)の写し

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号一番号	—	事業所の 名称 所在地			
	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ)	◎	生年月日	昭・平 年 月 日	
	被保険者 (請求者) の住所、 電話番号	(フリガナ) 〒				
	電話番号	()				
	出産予定者氏 <small>(被保険者の場合は記載不要)</small>		生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()
	出産予定日	平成 年 月 日	出産予定児数	単・多(胎)		
	出産予定の 医療機関等	名称	(フリガナ)			
		〒	(フリガナ)			
		所在地	(フリガナ)			
	被保険者に対する支払金融機関(報酬口座)の欄					
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)		
		1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄				
被保険者(申請者)又は出産予定者が出産予定日から6ヶ月以内に健康保険又は船員保険の資格を喪失している場合は、以下のア)、イ)いずれか該当する方に記載をお願いします。 ※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。						
ア)	被保険者本人の退職等により、太陽生命健康保険組合の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産されることによる申請である場合は、資格喪失後に加入している健康保険の名称と連絡先電話番号、現在の記号・番号	現在加入している健康保険の	名称			
			電話番号	()		
			記号一番号			
イ)	出産予定者である家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の名称と連絡先電話番号、その時の記号・番号	以前加入していた健康保険の	名称			
			電話番号	()		
			記号一番号			
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。					
	甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額の受領に関すること。					
	平成 年 月 日					
	甲の住所: 〒 甲の氏名: ◎ 乙の所在地: 〒 乙の名称: ◎ 電話: ()					
受取代理人(医療機関)に対する支払金融機関の欄						
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)		
		1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄				

受付日付印

平成 年 月 日

太陽生命健康保険組合 行

被保険者の住所 _____

被保険者の氏名 _____ ㊞

出産育児一時金等受取代理申請取下書

平成 年 月 日に申請しました出産育児一時金等の受取代理申請を下記のとおり取り下げます。

記

被保険者証の	記号	番号	
被保険者	氏名	(フリガナ)	
	住所	〒 (フリガナ)	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
出産予定者 (同上の場合は記載不要)	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
出産予定日	平成 年 月 日	出産予定児数	単・多 (胎)
取り下げの理由			
備考			

受付日付印

平成 年 月 日

太陽生命健康保険組合 行

被保険者の住所 _____

被保険者の氏名 _____ (印)

被保険者証の
記号 - 番号 _____

受取代理人変更届

受取代理人の変更について下記のとおり提出致します。

記

被保険者(_____) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(_____) (以下「乙」という。)を代理人と定め、平成 年 月 日付にて委任した出産育児一時金等の受領に関する権限について、乙に替えて、新たに医療機関等である(_____) (以下「丙」という。)を代理人と定め、これを委任します。

平成 年 月 日

甲の住所：〒

甲の氏名： _____ (印)

乙の所在地：〒

乙の名称： _____ (印) 電話： ()

丙の所在地：〒

丙の名称： _____ (印) 電話： ()

受取代理人(丙)に対する支払金融機関の欄

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)
		1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄		

※「乙」・「丙」の所在地・名称・印については、必ず該当の医療機関等にて記入・押印頂いて下さい。

受付日付印

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号		(2) 事業所の名称	
	(3) 被保険者の氏名		(4) 被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日
	(5) 被扶養者の分娩であるときはその氏名・生年月日		生年月日	昭・平 年 月 日
	(6) 分娩年月日	年 月 日	(7) 死亡のときはその旨	
	(8) 分娩した場所	医療施設等の名称 医療施設等の所在地		
	(9) 出生児の氏名		(10) 被保険者と出生児の続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
	(11) 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	(12) 出生児が被扶養者でないときはその理由	
	(13) 他制度から給付を受けているかどうか	受けている ・ 受けていない		
	(14) 振込希望の銀行(報酬振込口座)	銀行 支店	普通当座 No.	預金名義人
	(15) 備考			
	(16) 出産された方が出産日から6ヶ月以内に健康保険又は船員保険の資格を喪失している場合は、以下のア)、イ)いずれか該当する方に記載をお願いします。 ※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。			
	ア) 被保険者本人の退職等により、太陽生命健康保険組合の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産されたことによる申請である場合は、資格喪失後に加入している健康保険の名称と連絡先電話番号、現在の記号・番号	現在加入している健康保険の	名 称	()
	イ) 家族(被扶養者)が、被扶養者認定後6ヶ月以内に出産されたことによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入されていた健康保険の名称と連絡先電話番号、その時の記号・番号	以前加入していた健康保険の	名 称	()
	(17) うえのとおり請求します。 年 月 日 〒 TEL () 住所 被保険者の(請求者の) フリガナ氏名 太陽生命健康保険組合理事長 殿	(印)		

証 明 す る 助 産 師 が	(18) 分娩年月日	年 月 日	(19) 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	(20) 出生児の数	単胎・多胎(児)		
	(21) うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 TEL () 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名	(印)		

証 明 す る 市 区 町 村 長 が	(22) 本 籍	都道府県	(印) TEL ()		
	(23) 出生届出日	平成 年 月 日			(24) 筆頭者氏名
	(25) 出生年月日	平成 年 月 日			(26) 出生児氏名
	(27) うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 市区町村長名				

受付日付印

(記入上の注意)

被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○印で囲んで下さい。
2. (5)欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、「該当せず」と記入して下さい。
3. (8)欄「分娩した場所」は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設の名称・所在地を記入して下さい。
(自宅分娩の場合は、その旨を記入して下さい。)
4. (9)(10)欄は、出生児の氏名(出生児が複数の場合は全て)、被保険者との続柄を記入してください。
5. (13)欄は、他の制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときに、その旨を記入して下さい。
6. (14)欄は、被保険者の報酬振込口座(退職者は、希望する振込銀行口座)を記入して下さい。
7. (15)欄は、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときには「資格喪失年月日」を、出産したが間もなく死亡したときには「出生児は、○○時間生存した後死亡」などのことを記入して下さい。
8. (16)欄は、資格取得・喪失後6ヶ月以内に出産された申請である場合のみ、ア)、イ)の該当する方に記入して下さい。
9. (17)欄は被保険者が記入・押印しますが、分娩した被保険者死亡の場合は相続人が請求出来ます。
10. 「医師、助産師が証明するところ」「市区町村長が証明するところ」は、どちらか一方で証明を受けて下さい。
11. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
12. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して請求(17)または証明欄(21)(27)で押印している印を押し、その上に正しい字句を記入して下さい。

記入例

健康保険

被保険者
家 族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号	0000	1111	(2) 事業所の名称	太陽生命〇×支社
	(3) 被保険者の氏名	太陽花子		(4) 被保険者の生年月日	昭平52年4月1日
	(5) 被扶養者の分娩であるときはその氏名・生年月日	該当せず		生年月日	昭平 年 月 日
	(6) 分娩年月日	23年4月1日		(7) 死亡のときはその旨	該当せず
	(8) 分娩した場所	医療施設等の名称	ひまわり病院		
		医療施設等の所在地	東京都城南区城南1-2-3		
	(9) 出生児の氏名	太陽一子		(10) 被保険者と出生児の続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
	(11) 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	ある ない	(12) 出生児が被扶養者でないときはその理由	該当せず
	(13) 他制度から給付を受けているかどうか	受けている ・ 受けていない			
	(14) 振込希望の銀行(報酬振込口座)	三井住友 銀行 〇×支店		普通 No. 1234567 当座	預金名義人 タイヨウハナコ
	(15) 備考				
	(16) 出産された方が出産日から6ヶ月以内に健康保険又は船員保険の資格を喪失している場合は、以下のア)、イ)いずれか該当する方に記載をお願いします。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。				
	ア)	被保険者本人の退職等により、太陽生命健康保険組合の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出生されたことによる申請である場合は、資格喪失後に加入している健康保険の名称と連絡先電話番号、現在の記号・番号	現在加入している健康保険の	名称	〇〇生命健康保険組合
				電話番号	03 (7777) 0000
				記号-番号	みなど - 1111
	イ)	家族(被扶養者)が、被扶養者認定後6ヶ月以内に出生されたことによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入されていた健康保険の名称と連絡先電話番号、その時の記号・番号	以前加入していた健康保険の	名称	
			電話番号	()	
			記号-番号	-	
(17) うえのとおり請求します。 23年4月20日 被保険者の(請求者の) 太陽生命健康保険組合理事長 殿	〒 000-0000 住所 東京都東区東1-2-3 フリガナ タイヨウハナコ 氏名 太陽花子		TEL 03 (0000) 1111		

(14) 「振込希望の銀行」欄
報酬振込口座を記入する。
(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

(16) 「出産者が出産日から6ヶ月以内に加入している健康保険を変更されている場合は必ずア)、イ)いずれか該当する方に記載して下さい。

(17) 「請求署名」欄
被保険者が記入・押印する。ただし、分娩した被保険者死亡の場合は、相続人が請求できるため、別途問い合わせすること。

証 明 す る 助 産 師 が	(18) 分娩年月日	23年4月1日	(19) 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	(20) 出生児の数	単胎・多胎(児)		
	(21) うえのとおり相違ないことを証明します。 23年4月1日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名	東京都城南区城南1-2-3 ひまわり病院		TEL 03 (0000) 2222 医師 日本 春子

【注意】
「医師・助産師が証明するところ」
「市区町村長が証明するところ」は、
どちらか一方の証明があればよい。

証 明 す る 市 区 町 村 と 長 が	(22) 本 籍	都道府県		
	(23) 出生届出日	平成 年 月 日	(24) 筆頭者氏名	
	(25) 出生年月日	平成 年 月 日	(26) 出生児氏名	
	(27) うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 市区町村長名	TEL ()		

受付日付印