

記入例

太陽生命健康保険組合理事長 殿

※全額自己負担した場合

- ☒ 被保険者
- ☐ 被扶養者

出産育児一時金請求書

被保険者が記入するところ	(1)	被保険者等	記号	0000	番号	11111	(2) 事業所の名称	太陽生命 ○○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・ <u>平</u> 10 年 4 月 1 日				
	(5)	被扶養者の分娩であるときはその氏名			該当せず		(6) 被扶養者の生年月日	昭・平 年 月 日				
	(7)	分娩年月日			令和 8 年 4 月 1 日		(8) 生産または死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 ☐ 生産・死産混在				
	(9)	出産児数			1人	(10) 死産児数	人	(11) 死産の場合 妊娠経過期間	か月 週			
	(12)	分娩した場所			医療施設等の名称		○△病院					
					医療施設等の所在地		東京都城南区城南1-2-3					
	(13)	被保険者と 出生児の続柄			☒ 子 ☐ その他()							
	(14)	出生児が被扶養者かどうか			被扶養者で		☐ ある ☒ ない	(15) 出生児が被扶養者でないときはその理由	夫の扶養のため			
	(16)	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							
	(17)	振込口座			※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。							
					金融機関名称		本・支店名		種別	口座番号		名義人(カナ)
							普通					
(18)	出産された方			☒ 被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか。 ☐ 被扶養者⇒当組合に加入後6か月以内の出産ですか。			☐ はい ☒ いいえ					
(18)「はい」の場合、『健康保険の名称』と『記号・番号』をご記入ください。 ■被保険者⇒現在、加入している健康保険の名称を記入 ■被扶養者⇒当組合加入前に加入していた健康保険の名称を記入							健康保険の名称					
							記号－番号					
(19)	上記のとおり請求します。 なお、当請求を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。 令和 8 年 5 月 10 日 〒 000-0000 TEL 03(0000)1111 住所 東京都城東区城東1-2-3 被保険者 フリガナ タイヨウ ハナコ 氏名(自署) 太陽 花子											

(17) 「振込口座」欄
給与口座を希望しない場合は
記入する。

(18) 「出産者が出産日から6か月以
内に加入している健康保険を
変更している場合」は必ず健康
保険の名称、記号番号を記入
する。

(19) 「請求署名」欄
被保険者が記入する。
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、別途問い合わせること。

書類提出を事業所に委任しな
い場合は、請求者が直接健康
保険組合へ提出する。

医師・助産師が証明するところ	(20)	分娩年月日	令和 8 年 4 月 1 日	(21)	生産・死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 (妊娠 第 月又は第 週)	
	(22)	出生児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎 (児)				
	(23) 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 8 年 5 月 1 日 所在地 東京都城南区城南1-2-3 医療施設 名称 ○△病院 医師・助産師名 日本 次郎						

【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。

市区町村長が証明するところ	(24)	本籍	都道府県			
	(25)	出生届出日	令和 年 月 日	(26)	筆頭者氏名	
	(27)	出生年月日	令和 年 月 日	(28)	出生児氏名	
	(29) 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 TEL () 市区町村長名					

受付日付印

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

※裏面に続く

添付書類及び注意事項	(添付書類について) ☒ 直接支払制度「合意文書」の写し ☒ 出産日、出産人数、代理受取額、費用の内訳等の記載がある「領収・明細書」(退院時、医療機関等より発行される)の写し
	(記入上の注意事項) 1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」に☑を、家族が分娩したときは「家族」に☑をしてください。 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」と記入してください。 3. (12)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。 (自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。) 4. (13)欄は、被保険者との続柄を記入してください。 5. (16)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、その旨を記入してください。 6. (18)欄は、資格取得・喪失後6か月以内に出産された申請であるか☑をし、「はい」の場合は健康保険の名称、記号、番号を記入してください。 7. (19)欄は被保険者が記入しますが、分娩した被保険者死亡の場合は相続人が請求出来ます。 8. 「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、<u>どちらか一方</u>で証明を受けてください。 9. 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ください。