

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) 被保険者証 記号	0000	番号	1111	(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 <del>平</del> 4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			被扶養者の生年月日	昭・平 年 月 日		
	(6) 分娩年月日	令和 5 年 4 月 1 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		○△病院				
		医療施設等の所在地		東京都城南区城南1-2-3				
	(9) 被保険者と出生児の続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )						
	(10) 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(11) 出生児が被扶養者でないときはその理由	該当せず		
	(12) 他制度から給付を受けているかどうか				<input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない			
	(13) 振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。					
		退職者	※退職者の方は振込希望口座を記入してください。					
			金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)	
	(14) 備考							
	(15)	<p>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。</p> <p>※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。</p>						
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、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、現在の記号・番号	現在加入している健康保険の	名称	○○生命健康保険組合				
			電話番号	03( 7777 )0000				
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	( )				
			電話番号	( )				
(16)	<p>上記のとおり請求します。</p> <p>令和 5 年 5 月 10 日</p> <p>〒 000-0000 TEL 03( 0000 )1111</p> <p>被保険者の住所 東京都東区城東1-2-3</p> <p>(請求者の) フリガナ タイヨウ ハナコ</p> <p>氏名 太陽 花子</p>							

(13) 「振込口座」欄  
在籍者は給与口座へ  
振込する。  
退職者は記入された口座へ  
振込する。

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

(16) 「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  
すること。

医 師 、 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	(17) 分娩年月日	令和 5 年 4 月 1 日	(18) 生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	(19) 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)				
	(20) 上記のとおり相違ないことを証明します。	<p>令和 5 年 5 月 1 日</p> <p>TEL 03( 0000 )2222</p> <p>医療施設の所在地 東京都城南区城南1-2-3</p> <p>名称 ○△病院</p> <p>医師・助産師名 日本 次郎</p>				

【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	(21) 本籍	都道府県				
	(22) 出生届出日	令和 年 月 日	(23) 筆頭者氏名			
	(24) 出生年月日	令和 年 月 日	(25) 出生児氏名			
	(26) うえのとおり相違ないことを証明します。	<p>令和 年 月 日</p> <p>TEL ( )</p> <p>市区町村長名</p>				
	<p>受付日付印</p>					

※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。

添付書類	[添付書類について]
	<input checked="" type="checkbox"/> 直接支払制度「合意文書」の写し <input checked="" type="checkbox"/> 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

(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」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. (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。  
(自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)
4. (9)欄は、被保険者との続柄を記入してください。
5. (12)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. (13)欄は、退職者のみ振込希望口座を記入して下さい。
7. (14)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. (15)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ください。
9. (16)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。
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**で証明を受けてください。
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ください。