

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・平 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 7 年 4 月 1 日			(8) 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	(14) 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない							
	(17) 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)		
				普通					
(18) 出産された方	<input type="checkbox"/> 被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ						
		<input type="checkbox"/> 被扶養者⇒当組合に加入後6か月以内の出産ですか。							
(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。				健康保険の名称					
		■被保険者⇒現在、加入している健康保険の名称を記入		記号-番号					
		■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							
(19) 上記のとおり請求します。	令和 7 年 5 月 10 日		〒 000-0000		TEL 03(0000)1111				
		被保険者の(請求者の)	住所	東京都東区城東1-2-3					
		フリガナ	タイヨウ ハナコ						
		氏名	太陽 花子						

(17) 「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。

(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、別途問い合わせすること。

医師・助産師が証明するところ	(20) 分娩年月日	令和 7 年 4 月 1 日	(21) 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)	
	(22) 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)			
	(23) 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 7 年 5 月 1 日		TEL 03(0000)2222	
医療施設の所在地		東京都城南区城南1-2-3			
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 ()	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 受付日付印 </div>	
市区町村長名					

※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. (17)欄は、退職者のみ振込希望口座を記入して下さい。
7. (18)欄は、資格取得・喪失後6か月以内に出生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。
8. (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。
9. 「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。
10. 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。