

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

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) 被保険者等	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					(6) 被扶養者の生年月日	昭・平 年 月 日
	(7) 分娩年月日	令和 年 月 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	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					
		医療施設等の所在地					
	(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			
	(16) 直接支払制度	☐ 利用している ☐ 利用していない					
	(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、健康保険組合の書類提出を事業所に委任します。 令和 年 月 日 〒 住所 被保険者 フリガナ 氏名(自署)							

受付日付印

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☑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、直接支払制度利用の有無について、該当する方に☑をしてください。
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。

※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。