

☐ 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		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)	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)	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。								
	振込口座	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。							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 ■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							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 年 月 日 〒 TEL () 住所 被保険者 フリガナ 氏名(自署)									

医師、助産師が証明するところ	(20)	分娩年月日	令和 年 月 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 年 月 日 TEL () 所在地 医療施設 名称 医師・助産師名				

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。

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、どちらか一方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。
------------	---