

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	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 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	<input 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 type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受けている <input 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"/> 被扶養者→当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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			記号一番号				
(19) 上記のとおり請求します。	令和	年	月 日	〒	TEL	( )		
	被保険者の住所 (請求者の)		フリガナ	氏名				
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	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	(22) 出生児の数	<input 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	年	月 日	TEL	( )		
	医療施設の所在地	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。

※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。
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。