

記入例

健康保険

被保険者
家 族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号	0000	1111	(2) 事業所の名称	太陽生命〇×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 5年4月1日
	(5) 被扶養者の分娩であるときはその氏名・生年月日	該当せず		生年月日	昭・平 年 月 日
	(6) 分 娩 年 月 日	平・令 31 年 4 月 1 日	(7) 死亡のときはその旨	該当せず	
	(8) 分 娩 し た 場 所	医療施設等の名称 ひまわり病院 医療施設等の所在地 東京都城南区城南1-2-3			
	(9) 出生児の氏名	太陽一子		(10) 被保険者と出生児の続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
	(11) 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者でない ある	(12) 出生児が被扶養者でないときはその理由	該当せず	
	(13) 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			
	(14) 振込希望の銀行(報酬振込口座)	三井住友 銀行 〇× 支店 (普通 当座 No.1234567)		口座名義人	タイヨウハナコ
	(15) 備 考				
	(16) 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。 ※ 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。				
	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、資格喪失後に加入している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	〇〇生命健康保険組合	
			電 話 番 号	03 (7777) 0000	
			記 号 一 番 号	みなと - 1111	
	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	()		
		記 号 一 番 号	-		
(17) うえのとおり請求します。 令和 元 年 5 月 10 日 〒 000-0000 TEL 03 (0000) 1111 住所 東京都東区東区東1-2-3 被保険者のフリガナ タイヨウハナコ (請求者の) 氏名 太陽花子 太陽生命健康保険組合理事長 殿	太陽 ^印				

(14) 「振込希望の銀行」欄
報酬振込口座を記入する。
(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

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

(17) 「請求署名」欄
被保険者が記入・押印する。
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。

証 明 師 、 助 産 師 が	(18) 分娩年月日	平・令 31 年 4 月 1 日	(19) 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	(20) 出生児の数	単胎・多胎(児)		
	(21) うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 元 年 5 月 1 日 TEL 03 (0000) 2222 医療施設の名称・所在地 東京都城南区城南1-2-3 ひまわり病院 医師・助産師名 医師 日本 春子	日本 ^印		

【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。

証 明 す る 市 区 町 村 長 が	(22) 本 籍	都道府県	受付日付印	
	(23) 出生届出日	平・令 年 月 日	(24) 筆頭者氏名	
	(25) 出生年月日	平・令 年 月 日	(26) 出生児氏名	
	(27) うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名 TEL ()	日本 ^印		