

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金
出産育児金付加金

請求書

(兼 出産育児一時金等内払金支払依頼書)

令和 年 月 日提出

請求者が記入するところ	* 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。 (任意継続・特例退職は除く)			
	被保険者証 記号・番号	記号	事業所名称	
		番号	所属	
	被保険者氏名	印 <small>被保険者自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です</small>		被保険者 生年月日
	出産した者の 氏名			昭和・平成・令和 年 月 日
	被保険者住所	〒		
	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産	
	出生児氏名			被保険者 との続柄
	入院して出産したときはその病院等の名称及び所在地	名称		
		所在地		
■次に該当する場合は、必ず下欄に記入して下さい。 ・ 出産した者が、出産前6ヵ月以内に他の健康保険の被保険者であったとき ・ 被保険者が、当組合の資格を失った後6ヵ月以内に出産したとき				
健康保険の名称	所在地			
		電話 ()		
記号	番号	被保険者氏名		

請求にあたっての注意事項

- 被扶養者として届出されていない配偶者には支給されません。
- 双生児以上の出産の場合は、それぞれ別に請求して下さい。
- 当組合の資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合で、直接支払制度を利用し出産費用が42万円(産科医療補償制度の加算対象でない場合は40.4万円)を上回ると、本人への給付金はないため申請の必要はありません。

添付書類

- 代理契約に関する合意文書(写)
- 費用の内訳が記載された領収・明細書(写)

医師又は助産師は書助産師と協同する	出産した者の氏名		出産年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	医師 住所		助産師 氏名	印 電話 ()

- 医師又は助産師の証明の代わりに、「出生届受理証明書(但し父母の氏名が記載されているものに限る)」又は出生児の「戸籍抄本」でも可とします。
- 直接支払制度を利用される場合、医師又は助産師の証明、または出生届受理証明書等の添付は不要です。

所属	課長	係長	係

資格関係			
取得	年	月	日
喪失	年	月	日
法106条該当			

