

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金
請求
出産育児金付加金

請求

記入例

(兼 出産育児一時金等内払金支払依頼書)

令和〇年〇月〇日提出

* 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	〇〇	事業所名称	〇〇株式会社
	番号	〇〇〇〇	所属	〇〇〇〇課
被保険者氏名	健保 太郎		被保険者 生年月日	昭和・平成・令和 〇年〇月〇日
出産した者の 氏名	健保 花子		出産した者 の生年月日	昭和・平成・令和 〇年〇月〇日
被保険者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地			
出産年月日	令和 〇年 〇月 〇日		生産・死産	
出生児氏名	健保 康太郎		被保険者 との続柄	長男
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	〇〇産婦人科医院		
	所在地	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地		
■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 見 又 を は 書 助 く 産 と 師 こ が る	出産した者の氏名	〇〇〇〇	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	医師又は助産師に記入してもらうか、死産（妊娠週）		
出生受理証明書又は出生児の戸籍抄本を添付して下さい。				
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				

