

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

直接支払い制度を利用しない場合  
又は海外で出産した場合

令和 年 月 日提出

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	社員番号		所属及び部署名	
	被保険者氏名(自署)	フリガナ			住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 -	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	電話	( )

申請内容	出産した者	<input type="checkbox"/> 本人(被保険者)		<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)			
	家族の場合はその方の氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者との続柄
	出産した年月日	令和	年	月	日	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
	生産の場合 出生児数	人	死産の場合 死産児数	人	死産の場合妊娠からの週数及び日数	満	週 (日)
	出産した医療機関等	(名称) (所在地)					
	出産した方	被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 家族 → 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	「はい」の場合『被保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 被保険者 → 現在加入している保険者について 家族 → 当組合加入前に加入していた保険者について			保険者名			
				記号・番号			
同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を				<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない			

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 信用金庫				本店 支店	支店番号			
	預金種別	普通・当座	口座番号						口座名義 (カタカナ)	

医師・助産師記入欄	出産者氏名	出産年月日	令和	年	月	日
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産又は死産の別	生産・死産(満週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和	年	月
医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電話番号						

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)										
	個人番号(マイナンバー)を記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付して下さい。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③マイナンバーカード(両面)の写しのいずれか1点 ※上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写しのいずれか1点も添付して下さい。										

受付日付印

※医師・助産師による証明がない場合は、母子手帳の出生届出済証明(写)の添付にて代用可

《添付書類》 ①医療機関等との合意文書の写し(申請先の保険者が当組合である旨を記載したもの)  
②医療機関等が発行する領収書の写し  
(産科医療補償制度加入医療機関等においては証明するスタンプが押されたもの)

《海外で出産した場合の添付書類》  
A) 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの  
B) 上記証明書の日本語訳(翻訳者の住所、氏名がしるされているもの)