

被保険者
家族 出産育児一時金請求書

医療機関で出産費用を全額自己負担した方のみ申請ください。

被 保 険 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名) <u>〇〇〇〇〇〇〇〇</u> に委任します。			
	健康保険 記号-番号	00 - 123456	氏名	健保 太郎
	被保険者住所	〒 000 - 0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL (000) 000 - 0000 (ポストNo. A100)		
	所属	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL(000) 000 - 0000 内線(00000)		
	家族の分娩の 場合	家族 氏名	健保 花子 (生年月日) 平成 00 年 00 月 00 日	続柄 妻
	分娩年月日	令和 00 年 00 月 00 日	分娩種類等	生産 死産(妊娠 ヶ月)
	分娩した施設名	〇〇〇〇〇〇〇〇	所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇-〇

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩種類・妊娠月数	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 施設名称 医師・助産師氏名			
市 区 町 村 長 証 明 欄	本籍	筆頭者氏名		
	出生 届出日	令和 年 月 日	出生児 氏名	出生 年月日 令和 年 月 日
	上記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 印			

※「医師・助産師の証明」か「市区町村長証明」のいずれか一方の証明を受けてください。

- 添付書類 ① 「直接支払制度(※1)を利用していない旨」の記載がされている合意書の写し
② 出産費用領収書・明細書の写し
(産科医療補償制度に該当する場合は、所定のスタンプ印が必須)
- 注意事項 ・直接支払制度を利用した方は申請不要です。出産費用が一時金相当額を下回った場合
出産月の2~4ヶ月後に事業主経由で差額を支給いたします。
・出生児を被扶養者とする場合、別途「健康保険被扶養者(異動)届」が必要です。

(※1)直接支払制度: 出産育児一時金等の額を上限として、健保組合から医療機関等へ直接出産費用を支払う制度です。

支 給 決 定 欄	支給決定額	円	常務理事	事務長	係

受付印