

①健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書

(注意)・この請求書は妊娠4ヶ月以上のお産をした場合に請求してください。(妊娠4ヶ月以上であれば、生産・死産・流産にかかわらず支給されます)・被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者期間を除く)あり資格喪失後6ヶ月以内に産出される被保険者は退職後も請求できます。・証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。・訂正箇所には各記入者と同じ印を押してください。・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)・ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

(記載要領)①標題の「被保険者」と「家族」のどちらか該当する文字をマルで囲んでください。②女子被保険者が産出したための請求である場合は「該当せず」と記入してください。③生産または早産の場合は「該当せず」と記入してください。④⑤入院しないで産出した場合は「該当せず」と記入してください。⑥給付金の受領方を他人に委任する場合は委任状の欄を記入してください。⑦欄の「死産」の文字がマルで囲まれている場合は、妊娠何ヶ月目の死産であるかを、かつこ内に書き入れてもらってください。⑧⑨医師・助産師または市区町村長が証明するところ(⑧または⑨欄)はどちらか一方で証明を受けてください。

(添付書類)・医療機関等から交付される合意文書の写し(直接支払い制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨および申請先となる当組合名が記載されているもの)・出産費用の領収書・明細書の写し(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理の下で産出した場合は当該産出であることを証明する印のあるもの)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		事業所の名称		
	被保険者(請求者)の氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	被保険者(請求者)の住所		〒		
	電話	自宅	携帯	勤務先	
	被扶養者が産出したための請求であるときは、その者の		② 氏名	生年月日	被扶養者認定日
	出生した年月日		令和 年 月 日	③ 死産のときはその旨	年 月 日
	入院して産出したときはその病産院の		④ 名称	⑤ 所在地	
	出生児の氏名		フリガナ	被保険者と出生児の続柄	
	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない
	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			備考	
	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に請求する場合は、現在加入している 被扶養者が当健康保険組合の認定日から6ヶ月以内の出産の場合は、以前加入していた 				
	組 健 合 康 等 保 の 険	所在地		保険者証の	記号番号
	名称			被保険者氏名	
	電話番号			加入期間	
				自 年 月 日 至 年 月 日	

振 込 先	銀行	銀行・金庫	⑥ 委 任 状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	支店	本店・支店		
	口座番号			
	預金種別	普通・当座・総合		
	フリガナ			
	名義			本人住所 氏名
				代理人住所 氏名

村 医 師 が 証 明 す る と し て は 市 区 町 村 長	出産者氏名		出生した年月日	令和 年 月 日
	⑦ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	⑧ 上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日
	医療機関の名称・所在地 医師・助産師名			
	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	
⑨ 上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 年 月 日				
市区町村長名				⑩ 三陽商会健康保険組合