

※ 記入前にご確認下さい！ 下記のどちらかに当てはまる場合にのみ、この請求書をご提出下さい。

- 直接払い制度を利用しなかった
- 直接払い制度を利用したが出産費用が42万円未満だった（産科医療補償制度対象外の場合は404,000円未満）

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------------|--|--|--|------|-----|-----------|--------|-------|
| 同 年 月 日 | | 令 和 年 月 日 | | | | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 標準報酬月額 | |
| 支給 支払 決議書 | 支 払 額 | | | | | | | | 千円 | |
| | 支給 内 訳 | 法定給付額 | | | | | | 資格 | 取得 | 年 月 日 |
| | | 医療機関から健保 への請求額 | | | | | | | 喪失 | 年 月 日 |
| | 支払残額 | | | | | | 出産日 | 平・令 年 月 日 | | |
| | | | | | | 備 考 | | | | |

健康保険 被保険者・家族

出産育児一時金請求書

令和 年 月 日提出

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--|--------|------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------|---------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 | 被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号 | | | 被保険者(請求者)の 氏 名 と 印 | フリガナ | | | | |
| | 記 号 | | 番 号 | | 印 | | | | |
| | 被保険者(請求者)の 現 住 所 | | | 〒 | | | | | |
| | 事 業 所 の 名 称 | | | 電話 () | | | | | |
| | 被扶養者の出産の場合は その方の | | | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 続柄 | | |
| | 出 産 し た 年 月 日 | | | 平・令 年 月 日 | 死産のときは その旨 | | 妊娠経過 期 間 | ヵ月 週 | |
| | 出 生 児 の 氏 名 | | | 続柄(長男等) | | | | | |
| | 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 | | | |
| | 入院して出産したときは その出産病院の | | | 名 称 | | | | | |
| | | | | 所 在 地 | | | | | |
| | | | 直接払い制度 | 希望した(添付書類①) ・ 希望しなかった(添付書類②) | | | | | |

※ 添付書類(それぞれコピーを添付して下さい)

- ①直接払いの場合：次の両方
 - ・医療機関等から交付される代理契約に関する文書
 - ・医療機関等から交付される出産費用の徴収明細
- ②直接払い以外の場合：「産科医療補償制度」加入の医療機関で出産した場合は、「加入マークのある領収書」
「産科医療補償制度」加入以外の医療機関で出産した場合は領収書

※ 在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい。

| | | | |
|-------------|--|-------|---|
| 委 任 状 | 私は会社を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します | | |
| | 本人 | 住 所 | |
| | | 氏 名 | 印 |
| | 代理人 会社 | 事業所住所 | |
| | 事業所名称 | | |
| | 事業主氏名 | 印 | |

| 健保使用経過欄 | |
|---------|-----|
| 受付年月日 | |
| 受付番号 | 第 号 |
| 決定年月日 | |

※ 退職者は、支払い口座をご記入下さい。(被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です)

| | | | |
|------|-----|-----|----------|
| 銀 行 | 支 店 | 普 通 | 口座番号 |
| 信用金庫 | 出張所 | 当 座 | 口座名義(かた) |

※ 以下の証明がとれない場合は、出産が確認できる書類《母子手帳(コピー)、または、出生届受理証明書》を添付して下さい。

| | | | | | |
|--|---------------------|-------------|-----------|-------------------|--|
| 医 師 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 | 出 産 年 月 日 | 平・令 年 月 日 | 生産または死産の別 | 生産 ・ 死産 (妊娠 ヵ月、週) | |
| | 出 生 児 の 数 | 単胎・多胎 (児) | 備 考 | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 医療施設の名称・所在地 〒 | | | | |
| | 医師・助産師氏名 印 電話 () | | | | |
| 本 籍 | | | | 筆頭者氏名 | |
| 出 生 届 出 日 | 平・令 年 月 日 | 出生児氏名 | 出生年月日 | 平・令 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 電話 () | | | | | |