

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号		事業所の名称		事業所の所在地		受 付	
	(記号)	(番号)						
	被保険者の氏名		家族出産育児一時金の請求の場合は、出産した家族の氏名等					
	(フリガナ)		(氏名)	(旧姓)	(生年月日)	(続柄)		
					年 月 日			
	被 保 険 者 の 住 所 ・ 電 話 番 号							
	〒							
	TEL ()							
	出 産 年 月 日	出生児数	死産児数	この出産に関して他の制度からも給付を受けられますか				
	令和 年 月 日	人	人	いいえ ・ はい⇒ (制度名・給付の種類)				
		(妊娠第 週・月)						
被保険者が出産した場合 (該当する支給要件はどちらですか)			家族が出産した場合 (あなたの被扶養者になった時期)					
ア. 被保険者期間中の出産			ア. 出産の日より6ヶ月以上前					
イ. 資格喪失後6ヶ月以内の出産			イ. その他					
〔資格喪失後加入している医療保険制度を 下欄 ↓ に記入してください〕			〔あなたの被扶養者となる前に加入していた 医療保険制度を下欄 ↓ に記入してください〕					
被保険者等の記号・番号		被保険者氏名		制度名及び保険者				
(記号)	(番号)							
振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)							
	注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	金融機関名称		口座預金種別・口座番号			預金口座名義人の氏名		
	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. ()			(フリガナ)		

☝ 被保険者名義のもの (受領委任をする場合は代理人名義のもの) を記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 (請求者)		代理人の氏名		被保険者との関係
			(フリガナ)		
	住所 氏名		代理人の住所・電話番号		
			〒 TEL ()		

☝ この欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入して下さい。

医 証 師 明 又 す は る 助 と 産 こ 婦 ろ が	出 産 年 月 日	出 産 予 定 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	単胎・多胎妊娠の別	
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 週又は第 月)	単胎・多胎 (児)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日		
医療機関等の所在地		TEL ()			
医療機関等の名称					
医師又は助産婦の氏名					
市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	本 籍		筆 頭 者 氏 名		
	母 の 氏 名		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する。				
令和 年 月 日		市区町村長名			
		(印) TEL ()			

※ 上記の「医師又は助産婦が証明するところ」又は「市区町村長が証明するところ」については、いずれか一方で証明を受けてください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です)	
--	--

記入する時の注意事項

◎添付書類

- ・医療機関等から交付される合意文書（「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されているもの）の写し
- ・領収・明細書（「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ印」の押印がなされているもの）の写し

◎被保険者が出産した場合

- ・被保険者期間中に出産した場合はアに○をつけてください。
- ・資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合はイに○をつけて資格喪失後に加入している医療保険制度（被保険者の記号・番号、被保険者氏名、保険者名）を下の欄に記入してください。

◎家族が出産した場合

- ・出産の日より6ヶ月以上前から扶養家族になっていた場合はアに○をつけてください。
- ・扶養家族になって6ヶ月以内に出産した場合はイに○をつけて扶養家族になる前に加入していた医療保険制度（被保険者の記号・番号、被保険者氏名、保険者名）を下の欄に記入してください。

この請求書には、医師又は助産師証明欄並びに市区町村長証明欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。

しかしながら、健康保険法施行規則における医師又は助産師証明、市区町村長証明の取扱いについては、被保険者等が請求する場合はこれらのうちどちらかを請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされております。

つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、医師又は助産師の証明書又は、市区町村長の証明書を添付のうえ提出していただいで結構です。