

**記入見本**  
記入上の注意参照

|       |   |                |       |      |     |              |
|-------|---|----------------|-------|------|-----|--------------|
| 支給決定額 |   | 支給決定日 令和 年 月 日 |       |      |     | 給付記録<br>入力済印 |
| 医療機関  | 円 | 常務理事           | マネジャー | リーダー | 担当者 |              |
| 被保険者  | 円 |                |       |      |     |              |

被保険者 家族 **出産育児一時金請求書**

(記入上の注意)

・表題の「被保険者」と「家族」は必ずれか該当する文字を○で囲んで下さい。  
 ・⑨アの欄は、一年以上加入された方が資格喪失後六ヶ月以内の分娩で請求するとき、⑨イの欄は、被扶養者認定後六ヶ月以内の分娩で請求するとき記入して下さい。

|              |           |                                      |               |                        |                          |            |
|--------------|-----------|--------------------------------------|---------------|------------------------|--------------------------|------------|
| 被保険者が記入するところ | ① 健康保険証   | 記号                                   | 100           | ② 被保険者(請求者)            | 住所                       | ○県△市□□□... |
|              |           | 番号                                   | 999           |                        | 氏名                       | 健保 正       |
|              | ③ 資格取得年月日 | 昭和 平成                                | xx 年 xx 月 x 日 | ④ 事業所の名称・所在地           | 連合組合株式会社 東京都千代田区神田 7-9-2 |            |
|              | ⑤ 資格喪失年月日 | 平成                                   | 年 月 日         | ⑥ 出生児の氏名               | 健保 凛・蘭                   |            |
|              | ⑦ 分娩年月日   | 平成 令和                                | x 年 xx 月 xx 日 | 本請求書に関する連絡先住所、電話・FAX番号 | ○県△市□□□□ 電話 xxx-xxx      |            |
|              | ⑧ 被扶養者名   | 健保 春子 (昭和 平成 xx 年 xx 月 xx 日生) 続柄 (妻) |               |                        |                          |            |
|              | ⑨のイ       | 分娩時に加入していた(いる) 名称(保険者名) △市国民健康保険     |               |                        |                          |            |
|              | ⑨のイ       | 認定される前に加入していた 健康保険証の 記号・番号 国保○-◎◎    |               |                        |                          |            |

・直接支払・出産費用等が明記された領収明細書等の添付を以て⑩に代えても差支えありません。  
 ・⑫欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。  
 ・⑬欄は、資格喪失後の分娩に関する請求のときに記入して下さい。

|                         |   |          |                  |
|-------------------------|---|----------|------------------|
| ⑩ 医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ | 分産年月日   | 令和 年 月 日 | 生産・死産(妊娠 ヵ月 第 週) |
| 医師又は助産婦の証明              | <p>医師・助産師、または市区町村長の証明を受け、領収証を添付してください。(市区町村長証明には押印必要)</p> <p>分娩日/直接支払制度の利用/産科医療補償制度スタンプ等、必要事項が確認出来るものであれば、添付を以て証明に代えても差支えありません。</p> |          |                  |
| 市区町村長の証明                |   |          |                  |
| 市区町村長名                  | 市区町村長名 (印)  |          |                  |

|       |  |          |
|-------|--|----------|
| ⑫ 確認欄 | 本請求について、下記の項目を確認しました。  | 令和 年 月 日 |
|       | <input checked="" type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。<br>①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。<br>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。<br><input checked="" type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。<br><input checked="" type="checkbox"/> 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。 |          |

受付日付印

|         |           |         |                        |             |      |
|---------|-----------|---------|------------------------|-------------|------|
| ⑬ 振込希望先 | 金融機関名     | 銀行・信用金庫 | 口座番号                   | 普通・当座       | フリガナ |
|         | 被保険者(請求者) | 氏名      | 資格喪失後の分娩のときのみ記入してください。 |             |      |
|         |           |         |                        | TEL ( - - ) |      |
|         |           |         |                        | FAX ( - - ) |      |