

出産育児一時金請求書

健康保険

(注意事項)

● ● ● ●

被保険者の現住所欄の郵便番号は必ずご記入ください。
 被扶養者に係る請求を行う場合で被扶養者認定後6カ月以内の出産の場合には、
 以前加入していた健康保険の記号・番号や連絡先を記入してください。
 現在加入している健康保険の記号・番号や連絡先を記入してください。
 被保険者に係る請求を行う場合で被保険者退職後6カ月以内の出産の場合には、
 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書と領収・明細書の写しを添付し
 てください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記 号	番 号	被保険者氏名		(印)		
			(自署した場合押印はいりません)				
	被保険者の現住所		〒 _____ 電話 ()				
	事業所の名称		*退職者は、退職時加入の事業所名 *任意継続被保険者は記入不要				
	被保険者の資格取得日		昭・平・令 年 月 日	出産年月日	平成・令和	年 月 日	
	被扶養者の出産であるときはその者の		氏 名	生 年 月 日	扶 養 認 定 日 被保険者証に記載の扶養認定日		
	出生児の氏名		被保険者と出生児の続柄		昭・平・令 年 月 日		
	被保険者が出産し、退職後6カ月以内の出産による請求であるときは		保 険 の 名 称	記号・番号	連絡先		
	被扶養者が出産し、出産日より6カ月以内に扶養認定された方の請求であるときは		保 険 の 名 称	記号・番号	連絡先		
	・ 出産育児一時金支給額は、一児ごとに42万円(加算対象外は40.4万円)の支給です。 ・ 多胎分娩でも請求書一部に作成していただけます。						

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	医師又は助産師の証明	出産年月日	平・令 年 月 日	生産・死産(妊娠第 週 日) 出生児数(児)			
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 (印)					
	市区町村長の証明	本 籍			筆頭者氏名		
		出生届出日	平・令 年 月 日	出生年月日	平・令 年 月 日	出生児氏名	
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)							

振 込 口 座	出産育児一時金を受取る金融機関(郵便局は除く)*被保険者名義に限りです。					
	銀行番号	銀行・信託銀行 信金・農協・信組		支店番号	支店・本店 出張所	種 別
	銀行名			支店名		普 通 当 座
委 任 状	出産育児一時金の受取りを事業所に委任する場合 本請求に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。					
	令和 年 月 日	被保険者氏名 (印)				
備 考 欄	令和 年 月 日提出					【 受付年月日 】

● ● ● ●

医師又は助産師若しくは、市区町村長(出生児が掲載されている住民票の写し可)のどちらか一方の証明を受けてください。なお、死産の場合は、市区町村長の証明を受けることができます。
 死産の場合は、妊娠第何週何日目の死産であるかを書き入れてもらってください。
 生産であったが間もなく死亡したときは、「出生児は、時間生存して死亡」(このことは備考欄に記載)と書き入れてもらってください。また扶養義務者の請求である場合には別途被扶養者届(増・減)と埋葬料請求書をご提出いただければ埋葬料を支給いたします。ただし、資格喪失後の出産の場
 合は現在加入されている健康保険から支給されません。