

受付日付印

事業主印

被保険者 家族 出産育児一時金支給請求書

被 保 険 者 の 記 入 欄	健康保険証 記号 記号 番号	記号 番号	事業所名称	下記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 (フリガナ) 被保険者 氏名 _____ 印 昭・平・令 年 月 日生				
	分娩者		分娩者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	分娩日	令和 年 月 日	死産・流産の 場合はその 旨を記載	妊娠 ヶ月で 死産・流産	任意継続被保険者・退職者記入欄 住所 〒 _____			
	出生児 氏名	① ② ③	出生児の 続柄	① ② ③	TEL () 支払希望銀行口座(本人名義のもの) 銀行 支店 口座番号 ()			
	分娩した病院 等の住所及び 名称							
証 明 欄	医師、助産師 の分娩証明	分娩日	令和 年 月 日	分娩の種類	生産・死産(妊娠 週 日)			
		分娩児の数	単胎・多胎(児)	直接支払制度	利用有・利用無			
	母子手帳の 「写」を添付し た場合は 証明欄省略 可	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 所在地 _____ 職名() 名称 _____ 印 氏名 _____						
健 保 記 入 欄		支 給 決 定 伺						
	支 給 額	円 多胎分娩 円		被保険者資格得喪年月日				
	支給決定年月日	令和 年 月 日	取得	昭和 平成・令和	年 月 日			
	備考	扶養認定日	年 月 日	喪失	令和 年 月 日			
				常務理事	事務長	主任 担当		

- (注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認し在籍者分は事業所宛・退職者等は指定口座へ翌月振込みします。
2. 海外で分娩し医師等の分娩証明が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者氏名・住所等が記載してあるもの)を添付してください。
3. 当健保の被保険者であった者(被保険者期間が1年以上有る場合)が資格喪失後6ヶ月以内に分娩した場合、または他健保等の被保険者(被保険者期間が1年以上有る場合)であった扶養家族が退職後6ヶ月以内に分娩した場合は「出産育児一時金不支給証明」をこの請求書に添付してください。
4. 医療機関等から交付される合意文書の写しを添付してください。
5. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。
6. 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学管理下(当該スタンプ押印要)での出産(死産を含み、在胎週数第22週以降のものに限る)の場合に420,000円を支給することになります。(出産費用が420,000円に満たない場合は、差額を支給します)