

【以下の場合、この請求書は利用できません】

- ・直接支払制度又は受取代理制度を利用した出産の場合
- ・出産費用が一時金に満たなかった(差額請求)場合

| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 係 |
|------|-----|----|---|
|      |     |    |   |

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

|                                                |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                        |                   |                          |        |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------|-------------------|--------------------------|--------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | ① 被保険者等の                          | 記号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 番号 | ② 被保険者<br>(請求者)<br>の氏名 |                   |                          |        |
|                                                | ③ 被保険者<br>(請求者)<br>の現住所           | (〒 — )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                        | TEL ( )           | ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。 |        |
|                                                | ④ 被保険者の<br>資格取得日                  | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                        | ⑤ 事業所の名称          |                          |        |
|                                                | ⑥ 出産者が家族<br>(被扶養者)の場合             | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    | ⑦ 続柄                   |                   | ⑧ 生年月日                   | 年 月 日  |
|                                                | ⑨ 出産年月日                           | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                        | ⑩ 出産した医療<br>機関の名称 |                          |        |
|                                                | ⑪ 生産または<br>死産の別                   | 生産 ・ 死産 ・ 生産死産混在                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                        | 生産児数              | 死産児数                     | 妊娠経過期間 |
|                                                | ⑫ 出産した方が                          | ・被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                        | はい ・ いいえ          |                          |        |
|                                                | はいの場合                             | ・被扶養者 → FR健保扶養認定後6ヶ月以内の出産ですか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                        | 健康保険組合名称          |                          |        |
|                                                | ・被保険者 → 現在加入されている                 | ・被扶養者 → 扶養認定前に加入していた                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                        | 記号・番号             |                          |        |
|                                                | 同一の出産について、上記の健康保険組合より<br>出産育児一時金を | 受けた                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                        | 受けない              |                          |        |
|                                                | 添付書類                              | 直接支払制度を利用しない場合<br>》 <input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される合意文書の写し<br>(直接支払制度を利用しない旨が記載されたもの)<br><input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書の写し<br>(産科医療補償制度対象分娩の場合、その旨が確認できる所定印が押印されているもの)<br>海外出産の場合<br>》 <input type="checkbox"/> 出産をした方の同意書<br><input type="checkbox"/> パスポートもしくは航空券等の写し(氏名及び海外に渡航した事実が確認できる書類)<br><input type="checkbox"/> 下記の証明欄に証明が受けられない場合、出生証明及びその翻訳<br>(翻訳には翻訳者の住所・氏名の記載と押印が必要となります。)<br> |    |                        |                   |                          |        |

|             |                               |       |           |  |           |       |               |
|-------------|-------------------------------|-------|-----------|--|-----------|-------|---------------|
| 証<br>明<br>欄 | 医師・助産師による証明の場合                |       |           |  |           |       |               |
|             | 出産した年月日                       |       | 年 月 日     |  | 生産または死産の別 |       | 生産・死産(妊娠 週 日) |
|             | 出生児の数                         |       | 単胎・多胎( 児) |  | 備 考       |       |               |
|             | 上記の通り相違ないことを証明する。<br>令和 年 月 日 |       |           |  |           |       |               |
|             | 医療施設の所在地・名称<br>医師・助産師の氏名      |       |           |  |           |       |               |
|             | 市区町村による証明の場合                  |       |           |  |           |       |               |
|             | 本 籍                           |       |           |  | 筆頭者氏名     |       |               |
|             | 出生届出日                         | 年 月 日 | 出生児氏名     |  | 出産年月日     | 年 月 日 |               |
|             | 上記の通り相違ないことを証明する。<br>令和 年 月 日 |       |           |  |           |       |               |
|             | 市区町村長名 (印)                    |       |           |  |           |       |               |

〔注意事項〕

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は 健保組合までご相談ください。
- 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。  
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の  
確認できるもののコピーを添付してください。(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)

受付日付印