

出産費が出産育児一時金の支給額に満たなかった場合、差額分の支払は「出産育児一時金の内払金」として健康保険組合にて自動的にいきますので、手続きは不要です。

常務理事	事務長	担当	係

記入例

健康保険

家族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者等の 記号 1234 番号 12345678 <small>※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。</small>	② 被保険者 (請求者) の氏名 山口 太郎	
	③ 被保険者 (請求者) の現住所 (〒 -) TEL ()	ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	④ 被保険者の 資格取得日 平成 22 年 4 月 1 日	⑤ 事業所の名称 株式会社 * * * * *	
	⑥ 出産者が家族 (被扶養者)の場合 氏名 山口 太郎 月 日 昭和 52 年 10 1 日	ご自身の勤務先会社名を記入してください。	
	⑨ 出産年月日 令和 5 年 5 月 1 日	⑩ 出産した医療 機関の名称 * * * * 病院	
	⑪ 生産または 死産の別 生産 ・ 死産 ・ 生産死産混在	生産児数 1 人	死産児数 人
	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 ・被扶養者 → FR健保扶養認定後6ヶ月以内の出産ですか ・被保険者 → 現在加入されている	はい いいえ	妊娠経過期間 週
	⑬ 添付書類 直接支払制度を利用しない場合 » <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関等から交付される合意文書の写し (直接支払制度を利用しない旨が記載されたもの) <input checked="" type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書の写し (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) 海外出産の場合 » <input type="checkbox"/> 出産をした方の同意書 <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) <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 (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。)	健康保険組合名称	記号・番号
	⑭ 受けた 受ける予定	受けない	
	⑮ 出生証明		
	⑯ 出生届出		

証 明 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	胎児・多胎(日)	産 科	
	上記の通り相違 医 療 施 設 医 師 ・ 助 産 師			
	市区町村による 本			
	出 生 届 出 日	氏 名	年 月 日	月 日
⑰ 出生証明 上記の通り相違ないことを証明する。	令和 年 月 日			
⑱ 市区町村長名	印			

〔注意事項〕

受付日付印

1. 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。

2. 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。)