

常務理事	事務長	担当	係
		記入例	

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行いますので、手続きは不要です。

健康保険

家 族

出産育児一時金請求書

被 保 險 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 (〒) TEI ()	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*****	ご自身の勤務先会社名を記入してください。			
	出産者が家族 (被扶養者)の場合 ⑥ 氏名 山口 元子	⑦ 月日 昭和 52 年 10 月 1 日	⑧ 出産年月日 令和 5 年 5 月 1 日			⑨ 出産した医療 機関の名称 *****病院
	⑩ 生産または 死産の別 生産	⑪ 生産児数 1 人	死産児数 人	妊娠経過期間 週	死産	生産死産混在
	⑫ 出産した方が は ・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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	健康保険組合名称	記号・番号	受けた 受ける予定	受けない
	同様に、 出産育児一時金の場合は、 それぞれの場合に応じた添付書類をご用意ください。					
	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) » 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。)				

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 姓 名	姓 名 ()	母 者			
上記の通り相違 医療施設 医師・助産師 市区町村による 本	医師・助産師または市区町村長の どちらか一方で証明を受けてください。 海外赴任等で、証明が受けられない場合は、 出生証明及び翻訳を添付のうえ提出して下さい。				
出生届出日	年 月 日	氏名	年月日	月 日	
上記の通り相違ないことを証明する。 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