

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

直接支払い制度を利用しない場合
又は海外で出産した場合

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	社員番号		所属及び 部署名	
	個人番号(※) マイナンバー						※記号・番号がわからない場合のみ記入してください
	被保険者 氏 名 (自署)	フリガナ			住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 -	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			電話	()	

申 請 内 容	出産した者	☐ 本人（被保険者） ☐ 家族（被扶養者）					
	家族の場合は その方の氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者 との続柄	
	出産した 年月日	令和 年 月 日		生産または 死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 ☐ 生産・死産混在		
	生産の場合 出生児数	人		死産の場合 死産児数	人		死産の場合妊娠からの 週数及び日数
	出産した 医療機関等	(名称) (所在地)					
	出産した方	被保険者 ➡ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 家 族 ➡ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。			☐ はい ☐ いいえ		
	「はい」の場合『被保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 被保険者 ➡ 現在加入している保険者について 家 族 ➡ 当組合加入前に加入していた保険者について			保険者名			
			記号・番号				
同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を				☐ 受けた/受ける予定 ☐ 受けない			

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀 行 信用金庫					本店 支店	支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号					口座名義 (カタカナ)		

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出 産 者 氏 名			出 産 年 月 日	令和 年 月 日	
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (満 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医 療 施 設 の 所 在 地 医 療 施 設 の 名 称 医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名 電 話 番 号					

※医師・助産師による証明がない場合は、母子手帳の出生届出済証明（写）の添付にて代用可
《添付書類》 ①医療機関等との合意文書の写し（申請先の保険者が当組合である旨を記載したもの）
②医療機関等が発行する領収書の写し
（産科医療補償制度加入医療機関等においては証明するスタンプが押されたもの）

受付日付印

《海外で出産した場合の添付書類》
A) 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの
B) 上記証明書の日本語訳（翻訳者の住所、氏名がしるされているもの）