

被保険者 出産育児一時金請求書

健保受付印

住友金属健康保険組合 御中

|         |                   |                     |                 |
|---------|-------------------|---------------------|-----------------|
| 請求者の記入欄 | 被保険者証記号番号         |                     | 請求者             |
|         | 分娩年月日             | 平成 年 月 日<br>(生産・死産) | 請求年月日 平成 年 月 日  |
|         | 出生児の氏名            |                     | 住所              |
|         |                   |                     | 所属 社員番号         |
|         |                   |                     | 氏名 (印) TEL (内線) |
|         | 他制度から給付を受けているかどうか | 受けている ・ 受けていない      |                 |
|         | 備考                |                     |                 |

|                   |  |                      |       |                |
|-------------------|--|----------------------|-------|----------------|
| 医師・助産師又は市区町村長の証明欄 | 分娩者氏名  |                      | 分娩年月日 | 平成 年 月 日       |
|                   | 生産又は死産の別                                     | 生産・死産 (カ月)<br>男<br>女 | 出生児の数 | 単胎・多胎 (児)      |
|                   | 上記の通り相違ないことを証明する。<br>平成 年 月 日<br>医療施設の名称・所在地 |                      |       |                |
|                   | 医師・助産師名                                      |                      | 印 TEL |                |
| 市区町村長の証明欄         | 本籍   | 都道府県                 |       | 筆頭者氏名          |
|                   | 出生届出日  | 平成 年 月 日             | 出生児氏名 | 出生年月日 平成 年 月 日 |
|                   | 上記の通り相違ないことを証明する。<br>平成 年 月 日<br>市区町村長名      |                      |       |                |

- (注) 1. この請求書は、妊娠4ヶ月以上の胎児を出産した場合で、「直接支払制度」を利用しなかった方や海外で出産した方が請求するものです。
2. 氏名を本人自ら署名した場合の申請印の捺印は不要です。
3. 他の医療保険制度から既に出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入して下さい。
4. 備考欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入して下さい。
5. 平成21年10月1日以後の出産については、必ず分娩機関から交付される「合意文書」の写しと「領収・明細書」の写しを添付して下さい。