

家族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 (生産・死産)		請求年月日 平成 年 月 日	
	被扶養者	氏名	住所 _____ _____			
		生年月日				
	出生児の氏名		所属 _____ 社員番号 _____			
	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					
		氏名 _____ (印) TEL (内線) _____				

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 (ヵ月)	男 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。 平成 年 月 日					
	医療施設の名称・所在地 _____					
	医師・助産師名 _____ 印 TEL _____					
	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。 平成 年 月 日						
市区町村長名 _____ 印 _____						

- (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。