

# 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         | 10                        | 1234567      | 請求者                        |                       |
|         | 分娩年月日             | 平成 14年 3月 20日<br>(生産)・死産) |              | 請求年月日 平成 14年 3月 26日        |                       |
|         | 被扶養者              | 氏名                        | 〇〇 〇〇        |                            | 住所 大阪市〇〇区〇〇町<br>〇〇番地〇 |
|         |                   | 生年月日                      | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日生 |                            | 所属 〇〇室 社員番号 1234567   |
|         | 出生児の氏名            | 〇〇 〇〇                     |              | 氏名 〇〇 〇〇 (印) TEL (内線) 1234 |                       |
|         | 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   | 〇〇 〇〇        |        | 分娩年月日 | 平成 14年 3月 20日 |                    |
|                   | 生産又は死産の別  | (生産)・死産 (カ月) | 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 14年 3月 25日<br>医療施設の名称・所在地 大阪市〇〇区〇〇町〇〇番地〇〇<br>〇〇〇〇病院<br>医師・助産師名 医師 〇〇 〇〇 印 TEL 06-123-1234 |              |        |       |               |                    |
|                   | 本籍  | 大阪           | 都道     | 府     | 県             | 筆頭者氏名 〇〇 〇〇        |
|                   | 出生届出日   | 平成14年 3月 23日 | 出生児氏名  | 〇〇 〇〇 |               | 出生年月日 平成14年 3月 20日 |
|                   | 上記の通り相違ないことを証明する。<br>平成 14年 3月 23日<br>市区町村長名 〇〇〇〇市長 〇〇 〇〇 印   |              |        |       |               |                    |

- (注)
- 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。