

出産育児一時金 請求書

* 病院の証明必要

家族出産育児一時金 (不要文字は消す)

※【必須】 出産費用内訳明細書と、直接支払制度の合意文書のコピーを必ず添付する事。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	No 123-4567	部署名	〇〇部	事業所 の名称	〇〇 (株)			
	分娩年月日	令和〇〇年 XX 月 △△ 日		死産の場合	(妊娠 か月)	生産後 間もな く死亡	() 時間生存 した後死亡		
	入院して分娩 したときは	(病院等の名称) 〇〇病院 (病院等の所在地) 〇〇市 XX 町						支 払	自費 健康保険 その他
	家族の分娩であるときはその者の	出生 児	氏 名 (カナ)	大建 次郎 ダイケンジロウ	被保険者との続柄	長男			
	(氏名) 大建 花子		被保険者の被扶養者であるかどうか			ある。 ない。			
	平成〇〇年 XX 月 △△ 日生		被扶養者でないときはその理由			夫の扶養 etc			
	上記により請求します。	送金希望の場合は 送金方法と送金先	銀行 支店 普 名義人氏名 (カナ) *退職者のみ記入						
	令和〇〇年 XX 月 △△ 日	(〒123-4567) (電話番号 123-456-7890)							
	大建工業健康保険組合理事長殿	被保険者	住所	〇〇市 XX 町△△丁目 12-34-56					
		(請求者)	氏名	大建 太郎 (印)					
市区村長、 医師又は 助産婦の 証明	令和 年 月 日 () 産 「死産の場合は妊娠 () か月」				住所				
	双生児等分娩は その旨				職名、氏名				
	上記のとおり証明する				病院の証明 (印)				
組 合 処 理 欄	支 給 決 定	令和 年 月 日	支給決定のうえ通知して よろしいか		令和 . . .				
			常務理事	事務長・係	出納日印		出納係		
		月給与	(印)	(印)			(印)		

* 注意事項

- 被保険者の資格喪失後の家族の分娩については給付しない。
- 分娩者が健康保険の被保険者または被扶養者であること。
- 支払いは、毎月 20 日締め翌月給与払いです。
- 産科医療補償制度に加入している分娩機関で、平成21年10月1日以後、在胎週数 22 週に達した日以後の出産(死産を含む)がなされた場合は、50 万円を支給します。ただし、加入分娩機関が発行する領収書に、所定の印が押している必要があります。