

健康保険 □出産育児一時金 ・ ☒家族出産育児一時金 請求書

&lt;被保険者(本人)の場合は出産育児一時金に、被扶養者(家族)の場合は家族出産育児一時金にレ印をつけてください&gt;

神戸製鋼所健康保険組合

番号は右詰めで記入してください※枝番は記入不要

令和〇〇年〇〇月〇〇日 請求

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号 ※枝番記入不要	1	2	3		4	5	6	7	医療機関への直接 支払い制度の利用	<input type="checkbox"/> 利用した <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない				
	事業所名	会社名又は事業所名を記入								病院・産院等の住所及び名称					
	被保険者(請求人)の氏名	健康 太郎								住所：〇〇市〇〇町4-5-6 名称：△△△△病院					
	被保険者 住 所	〒 123 - 4567 〇〇市〇〇町1-2-3 電話 (123) 456-7891								電話:( 012 ) 345 - 6789					
	出 産 者	氏名	健康 花子								<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		
		生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日								「はい」の場合、当健保の前に加入していた保険者名と 記号・番号をご記入ください				
	出産 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 人)								保険者名		当健保加入6ヶ月以内の出産確認で「はい」にチェックした場合は記入願います			
	分娩年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日								記号・番号					
	出産育児一時金を資格喪失後に請求するとき										同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を				
	入社日	昭・平・令 年 月 日								<input type="checkbox"/> 受けない		<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定			
退職日	令和 年 月 日														
欄	委任状	※退職者・任継者は記載不要 この給付金の受領を事業主に委任します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名 (自署)										ご一読の上、署名をお願いいたします。			
	支払方法	請求人が一般被保険者、任意継続被保険者以外の場合は、各人の銀行口座(請求人の名義に限る)に振込みますので、右欄に必要事項を記入してください。								銀行名：		支店名：			
								当座・普通		口座番号					
								名義(カタカナ)：							

(注意事項)

- ・妊娠4ヵ月(85日)以上であれば、死産・流産に係らず請求できます。
- ・被保険者期間が継続して1年以上の被保険者が、資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合も請求が可能です。  
ただし、喪失後に加入された他の保険へ重複して請求はできません。
- ・医療機関から交付される、『合意書』と『領収・明細書』を添付して下さい。(写し可)

医師・助産師、市区町村長証明欄		(母子手帳の出生届出済証明頁の写し等、出産の事実と出産者の氏名が記載されている書類添付でも可)	
分娩年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	左記のとおり相違ないことを証明する。	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
妊娠期間等	〇〇 カ月	医療機関等の所在地	〇〇市〇〇町4-5-6
	〇〇 週		
	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 死産 流産	医師・助産師名 (市区町村長名)	医師 太郎
出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 多胎( 児)		

※事業主経由で給与に合算して支払う場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。

## 注意事項

## ○請求書について

この請求書は、出産の際に医療機関等への直接支払制度、受取代理制度を利用しない場合の請求書です。直接支払制度利用後に出産費用と保険給付費の差額を請求する場合は、『内払金支払依頼書』をご利用ください。  
※海外で出産した場合は別途添付書類が必要です。請求する際には事業所または健康保険組合までお問い合わせください。

## ○添付書類について

請求時には、①直接支払制度の利用状況と請求先健康保険組合が記載された『合意書』②費用の内訳と産科医療補償制度への加盟を証するスタンプの押印がされた『領収・明細書』を添付して下さい(写し可)。スタンプの押印が無い場合や、在胎週数が第22週未満の場合は、支給額に制度対象分娩に対する加算が付きません。

## ○医師・助産師、市区町村長証明欄

医師等の証明が得られない場合は、『出産証明書・母子手帳の出生届出済証明頁』のいずれかの写しを添付してください。