

<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>

※この依頼書を提出する際は、次の書類(写し可)を必ず添付して下さい。

- 番号は右詰めで記入してください※枝番は記入不要

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		
	生産 死産 流産		
出生児の数	単胎 多胎(児)	医師・助産師名 (市区町村長名)	医師 太郎

※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。

この請求書は、出産の際に医療機関等への直接支払制度を利用した上で出産費用が保険給付を下回った場合に差額を請求するための請求書です。
直接支払制度を利用せず保険給付を請求する場合は、『出産育児一時金・家族出産育児一時金請求書』をご利用ください。

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「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言の印字、または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）。産科医療補償制度の対象分娩であるという印字またはスタンプの押印が無い場合や、在胎週数が第22週末満の場合は、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。