

【受 付 印】

支 給 支 払 決 議 書						
常務理事	事務長	係		不支給の場合	被扶養者調書点検印	
						
出産費用		円			資格取得年月日	年 月 日
(家族)出産育児一時金		円			資格喪失年月日	年 月 日

被 保 険 者
家 族

出産育児一時金 請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の		被保険者証の 記号番号	—		氏名				
			住所							
	分娩年月日		令和 年 月 日			死産の時はその旨				
	分娩した場所 (自宅分娩の場合はその旨)		医療施設等 の名称				医療施設等 の所在地			
	家族の分娩であるとき		氏名				生年月日		昭和 平成 年 月 日	
			資格取得日 (保険証で確認)		平成 令和 年 月 日					
			扶養認定以後、6ヶ月以 内で出産した場合、扶養 認定日以前に加入して いた健康保険者名、記 号・番号を記入		☐ 健康保険組合 ☐ 健康保険協会 ☐ 国民健康保険		記号 番号 TEL			
	出生児の		生年月日		令和 年 月 日					
	出生児が被扶養者であるかどうか			被扶養者で ある ・ ない		出生児が被扶養者でない場合は その理由				
	1年以上被保険者で あった方が資格喪失 後、6ヶ月以内に出産 する場合		資格喪失日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日					
			現在加入している 健康保険者名、 記号・番号を記入		☐ 健康保険組合 ☐ 健康保険協会 ☐ 国民健康保険		記号 番号 TEL			
	受 取 方 法 (①②いずれか記入)	①在籍中の方 会社へ委任 して下さい		私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名						
		②上記以外 振込先を記入 して下さい (任継者は記入不要。 登録口座へ振込)		銀 行 信金・信組 労金・農協		本店・出張所 支店・営業部		普通・当座		
口座 番号				(フリガナ) 口座名義		()				

市 区 町 村 長 、 医 師 又 は 助 産 婦 証 明 欄 *	分娩年月日	令和 年 月 日			生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	出生時の数	単胎 ・ 多胎 (児)					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦 市区町村長名						

*直接支払制度を利用し、差額請求の場合は市区町村長、医師又は助産婦証明は不要
裏面 備考欄、記入上の注意、添付書類。

(裏面)

備考欄

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【記入上の注意】

1.この請求書は、直接支払制度を利用し差額請求(*1)がある場合、直接支払制度を利用しない場合に提出してください。

(*1) 差額請求とは:医療機関で発行の領収・明細書の受取代理額が50万円/児(産科医療補償制度に加入していない場合は48.8万円)未満の場合は請求できます

2.標題の「被保険者」「家族」は、いずれか該当する文字を丸で囲んでください。

3.出生児が複数の場合は、請求書を分けて記入して下さい。

【添付書類】

1.医療機関交付の出産費用の領収・明細書の写し

(産科医療補償制度に加入している医療施設で出産した場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」やスタンプ印(※)による明記のあるもの。)

2.医師・助産師又は市町村長の証明代わりに、母子手帳内の「出生届出済証明」が記載されているページの写し(A4サイズ)、または、出生証明書の写しでも可*

3.直接支払制度合意文書の写し

