

出産育児一時金 内払金支払依頼書について

【提出にあたっての注意事項について】

- * 本ページと出産育児一時金 内払支払依頼書(2.3ページ)をわけて印字してください。
提出は、本ページと出産育児一時金 内払金支払依頼書の両方をお願いします。
提出前には【提出前のチェック項目】も忘れずにご確認ください。
- * 記入例にしたがって、ご記入ください。
- * 鉛筆書、記入漏れがある場合は受け付けられません。

【添付書類について】

出産育児一時金 内払支払依頼書に必要な添付資料は、次のとおりです。

(申請者本人で用意するもの)

- 直接支払制度を利用し出産費が出産育児一時金を下回る場合、
 1. 医療機関等との直接支払制度に係る合意文書のコピー
 2. 医療機関等から交付される領収・明細書のコピー領収・明細書には出産年月日・出産児数および医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない」旨の記載があります。

産科医療補償制度対象の出産の場合、
「産科医療補償制度の対象分娩であること」が明記されています。

【提出前のチェック項目】

提出前にチェック欄に☑をお願いします。

- 1 記入すべき項目に漏れはないか。(記入例の赤文字の箇所)
- 2 添付書類に漏れはないか。
- 3 封筒等の送付先には、次の「送付先情報」を貼付又は正しく記入されているか。

チェック欄

	申請者
1	
2	
3	

【送付先情報】

切り取り線

〒532-0003
大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F
株式会社バリューHR 大阪BPOセンター内
大塚製薬健康保険組合事務処理センター 行

被保険者(申請者)記入用

1/2

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者

☐

1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）

1 - ①

家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年 月 日

2 出産した年月日

令和

年

月

日

3 生産または死産の別

☐

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

☐

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

☐

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

☐

満

週

4 出産した医療機関等

名称

所在地

5 出産した方

●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

☐

1. はい 2. いいえ

5 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●被保険者 → 現在加入している保険者について

●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

記号・番号

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を

☐

1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による
証明の場合

出産者氏名

出産年月日

令和

年

月

日

出生児の数

☐ 単胎 ☐ 多胎 → (

児)

生産または死産の別

☐ 生産 ☐ 死産 → (妊娠

週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地

令和 年 月 日

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

市区町村長による
証明の場合（生産のみ）

本籍

筆頭者
氏名

母の氏名

出生児
氏名出生
年月日

令和

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明する。

市区町村長名

令和 年 月 日

印

【内払金支払依頼書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。

死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。