

支給決定伺	常務理事	事務長	支給金額	¥	委任・個人	取得日	年 月 日
							本人・家族
	課長	担当者	備考		産科医療補償制度	認定日	年 月 日
						有・無	抹消日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

SGホールディングスグループ健康保険組合 理事長様

※ホ-ルペン等消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるホ-ルペン(フリクション等)は不可です。

被保険者(請求者)が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号	番号	②事業所の名称			
	③被保険者の氏名	フリガナ		④被保険者の生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	⑤被保険者の住所・TEL	〒 - TEL () -					
	⑥被扶養者(家族)が出産したときはその者の氏名	フリガナ		⑦続柄			
				生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	⑧入院して出産した医療機関等の名称			⑨入院した期間	自 年 月 日	至 年 月 日	
	⑩出産した年月日	令和 年 月 日	⑪生産・死産の別と数	生産・死産(妊娠週日)(児)			
	⑫女子被保険者が資格喪失後に出産したとき 資格喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は喪失日以降の健康保険証について記入	⇒		記号・番号	記号	番号	
	⑬家族が出産したとき(旧姓:) 被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は認定日以前の健康保険証について記入	⇒		健康保険の名称	() 支部) 協会 けんぽ () 健康保険組合 () 国民健康保険		
				加入区分	本人・親の扶養者・夫の扶養者		
⑭退職者のみ記入 振込先	銀行 信用金庫 信用組合	支店	預金種別 普通・当座	口座番号			
			名義人氏名	フリガナ			

医師または助産師が記入するところ	出産した年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠週日)		
	出生児(胎児)の数	単胎・多胎(児)	産科医療補償制度	加入 有・無		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関等の所在地 名称 医師または助産師名 TEL () ⑩					

※医師または助産師の証明にかえて市区町村長の出生に関する証明を添付されてもかまいません。(例: 母子手帳の市区町村長の証明している頁の写し等)

委任の欄	⑮上記出産育児一時金の受領を健保代理受領口代理人に委任します。 令和 年 月 日	(事業主記入欄) 健保代理受領口代理人氏名	受付日付印
	被保険者氏名(請求者)		

出産育児一時金請求書

《 記入上のご注意 》

被保険者の記入する欄について

1. 表題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマル(○)で囲んでください。
2. 妊娠4カ月(85日)以降であれば死産・流産でも支給されます。
3. 在職中の方は事業主への委任支払となりますので、⑮の欄に被保険者氏名の記入をし、事業主の健康保険事務担当者を経由して、健康保険組合へ提出してください。
4. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
5. 退職者等の振込先は被保険者(請求者)名義に限ります。
6. ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。

添付書類

1. 生産の場合 ⇒ ①母子手帳の1ページ目の写し(市区町村長の証明印があるページ・保護者氏名が記入してあるもの) 又は請求書内に医師または助産師の証明をもらう。
※住民票は不可。
②領収書の写し(産科医療補償制度加入のスタンプがあるもの)
③合意文書の写し(医療機関が発行される直接支払制度の合意確認書類)
2. 死産の場合 ⇒ ①請求書内に医師または助産師の証明をもらう。
②領収書の写し(産科医療補償制度加入のスタンプがあるもの)
③合意文書の写し(医療機関が発行される直接支払制度の合意確認書類)

医師または助産師の記入する欄について留意事項

1. 生産・死産の該当する文字をマル(○)で囲み、妊娠何週・何日目であったかを記入してください。
2. 生産の場合は、医師または助産師の証明にかえて市区町村長の出生に関する証明を添付されてもかまいません。(例：母子手帳1ページ目の写し…市区町村長の証明印があるページ・保護者氏名が記入してあるもの)
※住民票は不可。