

## 出産育児一時金請求書



【改訂：2024年4月】

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者名				
	被保険者の現住所	〒 ( )		TEL ( )			
	被保険者の職場名			職場の 電話番号			
	被扶養者の出産の場合 被扶養者氏名			被扶養者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	出産年月日	令和 年 月 日	出生児数	人	死産児数	人	
	出産した医療機関等 (自宅出産の場合その旨)	医療機関等の名称 医療機関等の所在地 〒 ( ) TEL ( )					
	産科医療補償制度 への加入について	加入無	加入有 (→加入証明スタンプ押印の領収書の写しを添付してください)				
直接支払・受取代理 制度利用について	利用無	利用有 (→重複請求になるため申請不要)					
振込口座 について	振込先に公金受取口座を希望する場合は、チェックしてください。 公金受取口座を希望します (マイナポータル等で事前登録した口座) → ※経費口座を希望する場合は、チェックは不要です。 ※公金受取口座情報の反映には、登録から数日を要します。 ※給付日直前の変更や登録に誤りがあった場合は、給付日が遅延する場合があります。						
証 明 欄 (ど ち ら か 一 方 で 可)	出産した方が ・退職後6か月以内の被保険者である場合、 現在加入している健康保険について記入が必要 ・当健保組合に加入して6か月以内の被扶養者である場合、 以前加入していた健康保険について記入が必要	保険者名					
	出生年月日	令和 年 月 日	直接支払・受取代理 制度利用について	利用無 ・ 利用有			
	出生児数	人	死産児数 (妊娠週数)	人 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関等の名称・所在地 医師・助産師名 ⑩ (押印省略可)						
	本籍	筆頭者 氏名					
	出生届 出日	令和 年 月 日	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。 年 月 日 市区町村長名 ⑩						

■ご記入の際は裏面の記入要領を、よくお読みの上ご記入ください。

■ご記入いただいた個人情報は、出産育児一時金の振込みにのみ利用させていただきます。

【提出先およびお問合せ先】Y K K 健康保険組合

〒938-8601 富山県黒部市吉田200  
TEL：(外線) 0765-54-8650 (内線) 772-3920  
FAX：(外線) 0765-57-0326 (内線) 772-3929

受付印

## 記 入 要 領

医療機関等の窓口で出産費用を全額支払ったときにご請求ください。  
「直接支払い制度」または「受取代理制度」を利用した出産の場合は、申請できません。

### 【注意事項】

1. 「産科医療補償制度」に加入する医療機関等が出産した場合、医療機関等が発行する当該スタンプ押印の領収書または請求書の(写し)を添付してください。
2. 出産育児一時金は毎月18日に締め切り、月末日(支払日が休日の場合はその前日)に経費口座へ振込みます。ただし、公金受取口座を希望する場合はチェックを入れてください。支給額は、健康ポータルサイト(健康の森)の医療費通知をご確認ください。

### 【海外で出産した場合】

こちらの請求書に、下記の書類いずれかを必ず添付してください。

1. 出生児が記載されている戸籍謄本（または抄本）
2. 出生届のコピー（各国の日本大使館もしくは領事館の受領印の入ったもの）
3. 現地の出生証明書（日本語翻訳されたもの）  
※被保険者が翻訳した場合は、翻訳文に翻訳者の氏名の記載が必要