

被保険者
家 族

出産育児一時金支給請求書

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	枝番	事業所名称		
	被保険者氏名	所 属				
	記号番号が不明な場合はマイナンバーを記入してください					
	分娩者	枝番			分娩者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	分娩日	令和 年 月 日	死産・流産の場合はその旨を記載		妊娠 ヶ月で 死産・流産	
	出生児名	①	(続柄)			任意継続被保険者・退職者記入欄 支払希望銀行口座(本人名義のもの) 銀行 支店 口座番号 普通 ()
		②	(続柄)			
③		(続柄)				
分娩した病院等の住所及び名称						
上記のとおり請求します。支給金額の受領を事業主に委任します。	令和 年 月 日					
被保険者 千()	住所					
	氏名 フガナ 氏名 日中に連絡可能な電話番号(内線不可) 連絡先					

証 明 欄	医師、助産師の分娩証明	分娩日	令和 年 月 日	分娩の種類	生産・死産(妊娠 週 日)
		分娩児の数	単胎・多胎(児)	直接支払制度	利用有・利用無
	母子手帳の「写」を添付した場合は証明欄省略	上記のとおり相違ないことを証明する。			
令和 年 月 日		所在地 職名() 名称 氏名 _____			

健 保 記 入 欄	支 給 決 定 伺					
	支 給 額	円		被保険者資格得喪年月日		
		多胎分娩	円	取得	昭和 平成・令和	年 月 日
	支給決定年月日	令和 年 月 日	喪失	令和	年 月 日	
備考	扶養認定日	年 月 日	常務理事	事務長	主任	担当

(注 1. 毎月23日を健保受付締切日とし、必要事項を確認・支給決定し在籍者分は事業所宛・退職者等は指定口座へ翌月振込みします。)

2. 出産費用が一時金相当額(500,000円)を下回った場合は出産月の3ヶ月以降に自動払いしますので、本申請は不要です。

※6ヶ月以上経過しても給付が確認できない場合は当健保までご連絡ください

3. 当健保の被保険者であった者(被保険者期間が1年以上有る場合)が資格喪失後6ヶ月以内に分娩した場合、または他健保等の被保険者(被保険者期間が1年以上有る場合)であった扶養家族が退職後6ヶ月以内に分娩した場合は「出産育児一時金不支給証明」をこの請求書に添付してください。

4. 直接支払制度を利用していない場合は、医療機関等から交付される合意文書(写)と出産費用の領収・明細書(写)を添付してください。

5. 海外で分娩し医師等の分娩証明が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者氏名・住所等が記載してあるもの)を添付してください。