被保険者 家族　出産育児一時金・出産育児一時金付加金　請求書

記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項を黒のボールペンでご記入ください。

被保険者が記入するところ

①被保険者等記号・番号		②被保険者（請求者）氏名	
		生年月日	昭和・平成　年　月　日生
③ 被保険者（請求者）住所	〒　　電話　－　－		
④ 事業所名 所在地	〒　　電話　－　－		
⑤ 被保険者の家族が出産の場合、その方の	氏名	続柄	生年月日　年　月　日 認定年月日　年　月　日
⑥ 出産した年月日	令和　年　月　日	生産児数　児 / 死産児数　児	死産のときはその旨 / 妊娠経過期間　カ月　週
⑦ 病（産）院名		所在地	
⑧ 出産した方	●被保険者 ⇒ 当組合資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家族 ⇒ 当組合加入後6ヶ月以内の出産ですか。		1.はい　2.いいえ
⑨ ⑧が「はい」の場合、下記保険者の「名称」、「電話番号」および「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 電話　－　－ 記号　番号
⑩ 同一の出産について、⑨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

⑪証明するところ　医師・助産師又は市区町村長が

出産した年月日	令和　年　月　日	生産または死産の別	生産・死産（妊娠　カ月　週）
出生児の数	単胎・多胎（　児）	産科医療補償制度	加入・未加入

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・助産師名　電話　－　－

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。　令和　年　月　日

市区町村長名　印　電話　－　－

備考	

⑫委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。

令和　年　月　日

被保険者（請求者）　住所　フリガナ　氏名

委任された方（事業主）　住所　氏名

給付金の振込先銀行　在職中の給付金は、事業主の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。なお、退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の提出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。

受付日付印

(22.09)

［記入上の注意］

1. ⑨に該当する場合は、必ず保険者名、記号番号、保険者の連絡先（電話番号）をご記入ください。なお、保険者名とは健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、国民健康保険等の名称を指します。
2. 出産（出生）の証明は、医師・助産師または市区町村長、どちらか一方で受けてください。
3. 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。
4. 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。出産日の翌日から2年以内にご提出ください。
5. 記入事項の訂正をしたときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
6. 「産科医療補償制度」加入の医療機関等で出産した場合は、制度対象分娩であることが明記された領収書等のコピーを添付してください。

［女子被保険者が退職後、受給権があるときの注意事項］

1. 退職（資格喪失）後、出産したときは、出産育児一時金付加金は、支給されません。
2. 退職（資格喪失）後、出産したときは、「母子手帳（市区町村証明欄）の（写）を必ず添付」してください。
3. 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」をご提出ください。