

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にご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号			② 被保険者(請求者)			(印)			
				氏名と印						
				生年月日			昭(5)・平(7) 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 被保険者の家族が分娩したとき、その者の		⑦ 氏名		続柄		① 生年月日		年 月 日	
							② 被扶養者認定年月日		年 月 日	
	⑥ 分娩した年月日		平成 年 月 日		⑤ 生産児数 死産児数		④ 死産のときはその旨		③ 妊娠期間 カ月 週	
	⑦ 病(産)院名				④ 所在地					
	⑧ 出生児の氏名		フリガナ		⑦ 被保険者と出生児の続柄					
⑨ 出生児はあなたの被扶養者ですか		はい・いいえ		⑤ 出生児が被扶養者でないときの理由		1. 配偶者(夫)の扶養となるため 2. その他( )				
⑩ 資格喪失後の請求の場合、配偶者(夫)の加入している健康保険被保険者証の				記号		番号		(電話 - -)		
以前に被保険者であった家族が分娩した場合、その当時の健康保険被保険者証の				記号		番号		(電話 - -)		

証 明 す る と こ ろ	⑪ 分娩した年月日		平成 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)		備考					
	上記のとおり相違ないことを証明する。								平成 年 月 日	
	医療施設の名称・所在地		〒		医師・助産師名		(印) 電話 - -			
	本籍				筆頭者氏名					
	出生届出日		平成 年 月 日		出生児氏名		出生年月日		平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。								平成 年 月 日		
市区町村長名				(印) 電話 - -						

備 考	※
--------	---

委 任 状	⑫ 本請求書に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。		平成 年 月 日	
	被保険者住所 (請求者) 氏名		(印)	
	委任された方住所 (事業主) 氏名			
	給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。〔被保険者(受給権者)の印を捺印してください。〕 なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)本人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」の届出が必要になりますので、HPよりダウンロードするか、当組合までご連絡ください。			

受付日付印

## [記入上の注意]

- ②欄の被保険者（受給権者）が自ら署名する場合には、被保険者（受給権者）の捺印は不要です。
- ⑩に該当する場合は、必ず保険者名、記号、番号をお書きください。なお、保険者名とは健康保険組合、協会けんぽ、共済組合等の名称を指します。
- 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。
- 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。（捺印を忘れないでください。）
- 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。出産の翌日から2年以内にご提出ください。
- 「※」欄は、記入しないでください。
- 記入事項の訂正をしたときは、その箇所に訂正印を捺印してください。

## [女子被保険者が退職後、受給権があるときの注意事項]

- 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。
- 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。
- 退職（資格喪失）後、出産したときは、下記の「出産育児一時金の支給に関する証明書」に証明を受けてご申請ください。
- 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）本人送金を希望される場合は、「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、HPよりダウンロードするか、当組合までご連絡ください。

## 出産育児一時金の支給に関する証明書

### (申請者が記入するところ)

現在の保険加入状況（該当するものに○をしてその内容をご記入ください）

- |          |               |       |
|----------|---------------|-------|
| ① 国民健康保険 | 保 険 者 名 称     | ..... |
| ② 協会けんぽ  | 記 号 ・ 番 号     | ..... |
| ③ 健康保険組合 | 資 格 取 得 年 月 日 | ..... |
| ④ 共済組合等  | 電 話 番 号       | ..... |

申請者氏名 ⑩

分 娩 日 平 成 年 月 日

- ◎ 女子被保険者が退職後、受給権があるときにご使用ください。
- ◎ ①に加入している方は、国民健康保険証のコピーを添付してください。
- ◎ ②～④に加入している方は、下記に証明を受けてご申請ください。

※提出の際は、母子手帳の市区町村の欄、若しくは分娩取得者の証明欄のコピーを添付してください。

### (保険者が証明するところ)

平成 年 月 日
.....に係る出産育児一時金の
(支給・申請書の提出)はありません。
今後、請求があっても受付(支給)しないことを証明いたします。
保険者 <span style="float: right;">⑩</span>
所在地
電 話 ( )

■この請求書は、「出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度」（以下「直接支払制度」という。）を希望しない方や海外で出産された方用の請求用紙です。

なお、「直接支払制度」を希望した方が出産育児一時金差額分・出産育児一時金付加金を請求される場合は、原則として、別途「出産育児一時金差額分・出産育児一時金付加金請求書(直接支払制度内払金用)」の請求用紙をご使用ください。

【添付書類】 ※必ず添付してください。

- (1) 医療機関から交付される「**直接支払制度**」を利用しない旨等の記載された合意文書（写）
- (2) **出産（分娩）費用の領収・明細書（写）**  
(産科医療補償制度対象分娩については、**産科医療補償制度加入機関のスタンプが押印されたもの**)

※海外で出産したときは、現地で交付された出産（出生）証明書（写）を添付してください。

出産の事実を証明するものが外国語で記載されている場合は翻訳者の住所、氏名を記した日本語の翻訳文の添付が必要になります。

### 【出産育児一時金の支給額について】

「産科医療補償制度」加入の医療機関で出産したとき

※死産を含み、在胎週数第22週以降の出産が対象となります。

給付種別	法定給付+産科医療補償制度加算 (平成26年12月以前の出産)	法定給付+産科医療補償制度加算 (平成27年1月以降の出産)	付加金
出産育児一時金(被保険者)	39万円+3万円	40.4万円+1.6万円	3万円(注1)
家族出産育児一時金	39万円+3万円	40.4万円+1.6万円	1.5万円

「産科医療補償制度」未加入の医療機関で出産したとき

給付種別	法定給付 (平成26年12月以前の出産)	法定給付 (平成27年1月以降の出産)	付加金
出産育児一時金(被保険者)	39万円	40.4万円	3万円(注1)
家族出産育児一時金	39万円	40.4万円	1.5万円

(注1) 被保険者資格喪失後6ヵ月以内の出産の場合も出産育児一時金は支給されますが、付加金は支給されません。

### 【その他の注意事項】

直接支払制度を利用された方がやむを得ずこの請求書を使用するときは、「⑩欄の医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の証明は必要ありません。

《必要書類》

- (1) 医療機関から交付される「直接支払制度」を利用する旨等の記載された合意文書（写）
- (2) 出産費用の領収・明細書（写）

※出産費用の差額分および付加金の請求書（直接支払内払金用）として使用するときは、必ず添付してください