

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)							
					氏 名				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。				1. はい 2. いいえ			
					●家 族 ⇒ 当組合加入後6ヶ月以内の出産ですか。							
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。								保険者名				
●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について								電話 - -				
●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について								記号 番号				
⑩ 同一の出産について、⑩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。								
	医療施設の名称・所在地 〒				令和 年 月 日				
	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。									
市区町村長名				令和 年 月 日					
				印					
				電話 - -					

備 考	
-----	--

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

委 任 状	⑫ 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

【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。