

健康保険

(注意事項)

● ● ● ●

被保険者の現住所欄の郵便番号は必ずご記入ください。
 被扶養者に係る請求を行う場合で被扶養者認定後6カ月以内の出産の場合には、
 以前加入していた健康保険の記号・番号や連絡先を記入してください。
 被保険者に係る請求を行う場合で被保険者退職後6カ月以内の出産の場合には、
 現在加入している健康保険の記号・番号や連絡先を記入してください。
 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書と領収・明細書の写しを添付し
 てください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記 号	番 号	被保険者氏名		(印)	
	被保険者の現住所		電話 ()			
	事業所の名称		*退職者は、退職時加入の事業所名 *任意継続被保険者は記入不要			
	被保険者の資格取得日		昭・平 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日	
	被扶養者の出産であるときはその者の		氏 名	生 年 月 日	扶 養 認 定 日 ●被保険者証に記載の扶養認定日	
	出生児の氏名		被保険者と出生児の続柄			
	被保険者が出産し、退職後6カ月以内の出産による請求であるときは		保 険 の 名 称	記号・番号	連絡先 TEL	
	被扶養者が出産し、出産日より6カ月以内に扶養認定された方の請求であるときは		保 険 の 名 称	記号・番号	連絡先 TEL	
	・出産育児一時金支給額は、一児ごとに42万円(加算対象外は40.4万円)の支給です。 ・多胎分娩でも請求書一部に作成していただけます。					

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	医師又は助産師の証明	出産年月日	平成 年 月 日	生産・死産(妊娠第 週 日) 出生児数 (児)		
		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)				
	市区町村長の証明	本 籍				
		出生届出日	平成 年 月 日	筆頭者氏名		
出生年月日		平成 年 月 日	出生児氏名			
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)						

振 込 口 座	出産育児一時金を受取る金融機関(郵便局は除く) *被保険者名義に限ります。					
	銀行番号	銀行・信託銀行 信金・農協・信組		支店番号	支店・本店 出張所	種 別
	銀行名			支 店 名		普 通 当 座
	口座番号	(カタカナ) 名 義				
委 任 状	出産育児一時金の受取りを事業所に委任する場合 本請求に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。					
	平成 年 月 日	被保険者氏名 (印)				
平成 年 月 日提出				※【 受付年月日 】		
備 考 欄						

● ● ● ●

医師又は助産師若しくは、市区町村長(出生児が掲載されている住民票の写し可)のどちらか一方の証明を受けてください。なお、死産の場合は、市区町村長の証明を受けることができます。
 死産の場合は、妊娠第何週何日目の死産であるかを書き入れてもらってください。
 生産であったが間もなく死亡したときは、「出生児は、〇〇時間生存して死亡(このことは備考欄に記載)と書き入れてもらってください。また扶養義務者の請求である場合には別途被扶養者届(増・減)と埋葬料請求書をご提出いただければ埋葬料を支給いたします。ただし、資格喪失後の出産の場合には現在加入されてはる健康保険から支給されません。