

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金・付加金請求書

直接支払制度を利用しない場合
又は 海外で出産した場合

2019年 7月 10日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者 記号番号	記号 1	番号 1 2 3 4	被保険者 資格取得日	平成 令和 25年 4月 1日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和 年 月 日			
	社員番号	1 2 3 4 5 6			被保険者 (申請者) 住 所	〒 151-0051				
	被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健 保 太 郎				東京都渋谷区千駄ヶ谷 1-1-1				
	生年月日	昭和 平成	47年 10月 12日			電話 03 (1 2 3 4) 5 6 7 8				
	事業所名 及び部署	デル株式会社 ○○○○								
	被扶養者の出産である 場合はその者の氏名	健 保 花 子			生年月日	昭和 平成	48年 3月 20日	被保険者との 続 柄	妻	
	出産した年月日	平成 令和	1年 6月 30日		生産児数	1人	死産児数	人	死産の時は その妊娠経過期間	週
	出産した医療機関等の 名称・所在地	(名称)	○○○産婦人科病院			(所在地) 〒	151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-4-4 電話 03 (2345) 2345			
	出産した医療機関の 産科医療補償制度加入の有無	有 ・ 無			海外で出産した場合はその旨					
	出生児の 氏 名	フリガナ	ケンポ ケンタ 健 保 健 太			被保険者 と出生児 の続柄	長男			
①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の保険証の					保険者名 (国民健康保険又は、 健保組合名など)	電話	該当者のみ 証 明 欄			
②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、 以前加入していた保険証の					被保険者氏名 (世帯主名)					
					記 号					

※医師・助産師又は市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。					(※海外で出産した場合、証明欄の記載証明は省くことができます。添付書類A、B提出してください。)					※生産の場合でも、必ず週数をご記入ください。
医師・助産師の証明欄	出産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)						
	生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)								
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日									
医療施設名の名称・所在地 医師・助産師名										
市区町村長の証明欄	本籍									
	出生届出日	令和 年 月 日	年 月 日							
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日									
市区町村長名										

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。		2019年 7月 10日
	被保険者 (申請者)	健 保 太 郎	

受付日付印

支払金融機関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。			
	銀 行		本 店	普通 ・ 当座
	信用金庫		支 店	
	支店番号	口 座 番 号	フリガナ	名義人

(ご注意) ※ 医師・助産師による週数の証明がない場合は、母子手帳の記載ページの写しを添付してください。

- 《添付書類》 ① 医療機関等との合意文書の写し (申請先の保険者が当組合である旨を記載したもの)
② 分娩機関が発行する領収書のコピー (産科医療補償制度加入医療機関等においては証明するスタンプが押されたもの)
- 《海外で出産した場合の添付書類》
A) 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの
B) 上記証明書の日本語訳 (翻訳者の住所、氏名が記されているもの)