

同 年 月 日	令和	年	月	日	常 務 理 事	事 務 長	係	係	
支 給 決 定 額		万	千	百	十	円			
資 格 取 得 日		年	月	日	資 格 喪 失 日		年	月	日

健康保険 被保険者（家族）出産育児一時金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	被保険者の 氏 名						
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒							
	事業所の名称				分娩した当時の 標準報酬月額	千円			
	分娩した年月日	平・令	年	月	日	出生児数	人	死産児数	人
	出 産 し た 医 療 機 関 等	名 称				妊 娠 経 過 期 間	週		
		所在地							
	被扶養者が分娩したための請求である時はその方の	氏名			生年月日	年 月 日			
	出生児の氏名			被 保 険 者 と 出 生 児 の 続 柄	出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある・ない		
	出生児が被保険者の被扶養者でない時の理由								
	当組合加入後6ヶ月以内の時、認定前の健康保険名・TEL								

市 医 区 師 町 長 の 証 明 師 又 欄 は	出産者氏名			出産年月日	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・（ 週）			
	上記の通り相違ないことを証明する。				令和 年 月 日			
	医療施設の住所・施設名の手書き、 あらかじめ入力して印刷したものは 不可とします。		医療施設の住所 医療施設名 医師・助産師の氏名					
	本籍				筆頭者氏名			
	母の氏名			出生児氏名			出生年月日	年 月 日
上記の通り相違ないことを証明する。				令和 年 月 日				
市区町村長名				印				

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、本人確認をする為の添付書類が必要です)

備考

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/>	

令和 年 月 日 提出

提出順序 本人⇒支社・支店⇒本社（人事）⇒健保

* 給与に加算給付をするので下記の委任状に記入してください。

* この請求書は直接支払制度を利用せずに、全額窓口で支払った場合に使用してください。

委 任 状	私は、	にこの本人・家族、出産育児手当一時金の受領方を委任します。					受付日付印
	令和	年	月	日			
	被保険者	住 所					
		氏 名	_____				
	受任者	住 所					
		氏 名	_____				

※「本票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生等の提供、社員名簿・各種帳簿の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理に必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本票記載の内容の開示をすることがあります。」 上記の個人情報の利用目的並びに取扱いについて同意のうえ記入いたします。

(記入例)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 ① 番号 ①	被保険者の 氏名	②		
	被保険者 の現住所	〒 ③				
	事業所の名称	④	分娩した当時の 標準報酬月額	千円		
	分娩した年月日	⑤令和 年 月 日	出生児数	⑥人	死産児数	⑥人
	出産した 医療機関等	名称	⑦	妊娠経過期間	⑧週	
		所在地	⑦			
	被扶養者が分娩したための請求である時はその方の	氏名	⑨	生年月日	⑨年 月 日	
	出生児の氏名	⑩	被保険者と 出生児の続柄	⑪	出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	⑫ある・ない
	出生児が被保険者の被扶養者でない時の理由	⑬				
	当組合加入後6ヶ月以内の時、認定前の健康保険名・TEL	⑭				
市 区 町 村 長 助 産 師 の 証 明 書 又 は	出産者氏名		出産年月日	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(週)		
	上記の通り相違ないことを証明する。		令和 年 月 日			
	医療施設の住所・施設名の手書き、 あらかじめ入力して印刷したものは 不可とします。		医療施設の住所 医療施設名 医師・助産師の氏名			
	本籍		筆頭者氏名			
母の氏名		出生児氏名	出生年月日	年 月 日		
上記の通り相違ないことを証明する。		令和 年 月 日				
市区町村長名			印			
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、本人確認をする為の添付書類が必要です)			備考			

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無い申請者本人が確認している。
⑮ <input type="checkbox"/>	

- * 受領代理人払い、給与に加算給付をするので下記の委任状に記入してください。
- * この請求書は直接支払制度を利用せずに、全額窓口で支払った場合に使用してください。

委 任 状	私は、 ⑯ にこの本人・家族、出産育児手当一時金の受領方を委任します。
	⑯ 令和 年 月 日
	被保険者 ⑯ 住 所
	⑯ 氏 名
	受任者 住 所
	氏 名

受付日付印

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生等の提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」
上記の個人情報利用目的並びに取扱いについて同意のうえ記入いたします。

(記入解説)

この請求書は直接支払制度を利用せず、全額窓口で支払った場合に使用してください。

- ① 「健康保険被保険者証」に上部に記載されている記号・番号をご記入ください。
- ② 被保険者の氏名をご記入ください。
- ③ 被保険者の住所をご記入ください。
- ④ 勤務している会社名をご記入ください。
- ⑤ 分娩の日をご記入ください
- ⑥ 出生児数・死産児数をご記入ください。
- ⑦ 分娩をされた医療機関の名称と所在地をご記入ください。
- ⑧ 妊娠経過週数をご記入ください。
- ⑨ 被扶養者の分娩の場合は、被扶養者の氏名・生年月日をご記入ください。
- ⑩ 出生児の氏名をご記入ください
- ⑪ 被保険者からみた出生児の続柄をご記入ください(長男・長女など)
- ⑫ 出生児が被保険者の被扶養者で「ある」「ない」のいずれかを○で囲ってください。
- ⑬ ⑫において、「ない」に○をされた方は、その理由をご記入ください。
- ⑭ 出産した方が、当組合に加入して半年以内の出産の場合は、以前加入していた(健保、共済、国保)の名称、電話番号をご記入ください。
- ⑮ 右側の欄に記載された①又は②の要件を満たした事を確認し、✓を付けてください。
- ⑯ 給与に加算給付をするので委任状にご記入ください。

会社名・書類送付日・被保険者住所・被保険者氏名のご記入をお願いします。
受任者欄は空欄にしておいてください。

※申請方法は、現行通り被保険者証の記号番号でお願い致します。
個人番号の記載は不要です。

【添付書類】

- ・ この届出書の医師・助産師または市区町村長(押印必須)の証明する欄に直接ご記入いただくか、医師または助産師が発行した出生証明書、または市区町村長が発行した戸籍抄本(住民票も可)
- ・ 医療機関等から交付される合意文書のコピー
- ・ 医療機関から交付される出産費用の領収書のコピー・明細書のコピー

【条件】

- ・ 被保険者の出産のみでなく、認定されている家族の出産も支給申請ができます。
- ※ 女性の方が退職後6ヶ月以内に出産をされた場合は支給対象になります。

【支給額】

- ・ 令和5年4月1日以降に出産された場合は、一律48万8千円支給
(産科医療補償制度)に加入する病院で出産された場合は50万円)