

決議 No.	常務理事	事務長	係

受付	年 月 日	平成	年 月 日	支払	平成	年 月 日
支給額	円	被照 扶合 養者印	資格	得	昭和	年 月 日
			喪	平成	年 月 日	任継 資格

(直接支払制度 受取代理制度 非利用者) 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

※この請求書は、直接支払制度・受取代理制度を利用せず、病院で出産費用を支払った方が利用対象です。下記（注1）の添付書類と共に健保組合へご提出ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者の勤務する 事業所の名称	
		番号			
	被保険者の 氏名・印	(フリガナ) ※氏名を自書された場合、捺印は不要です		生年月日	昭和 平成
	被保険者の 住所	〒		TEL	
	家族が分娩したときは その者の	氏名		続柄	生年月日
	出生児の 氏名			被保険者と 出生児の続柄	昭和 平成
	出生児は 被扶養者ですか	被扶養者で	ある ない	出生時が被扶養者で ない時はその理由	1. 配偶者が扶養する 2. その他 ()
	家族出産の場合	他の健保組合（国保含む）にこの出産育児一時金の請求を 1.する 2.しない 3.した			
	出産した扶養家族が退職後 6ヶ月以内の出産であるか否か (該当に○)	ある	ない	「ある」の場合は退職前に加入していた健保の名称・記号・番号	記号
					番号
分娩機関は産科医療補償制度に加入して			1. いる（注2の押印必要）		2. いない

医 師 ・ 助 産 婦 の 証 明 欄	分娩した年月日	平成	年 月 日	生産・死産 の別	生産	・	死産	(妊娠 カ月 週)	
	出生児の数	単胎	・	多胎 ()					
	上記のとおり相違ないことを証明します。所在地								
	平成 年 月 日 医療機関の名称								
医師・助産婦名 (印)									
電話番号									
※医療機関名称・所在地等はゴム印を使用してください。									

※退職後（任意継続をしていた方はその資格を喪失した後）6カ月以内の分娩であれば、被保険者出産育児一時金として加入していた健康保険組合へ請求できます。

(注1) 次の添付資料2種類が必要です。

①「直接支払／受取代理制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」と「健保組合名」が記載された合意文書の写し

②「直接支払／受取代理制度を用いていない旨」の記載がある出産費用の領収・明細書の写し

(注2) 産科医療補償制度に加入している分娩機関で出産した場合は、上記（注1）②の領収・明細書に制度加入の分娩機関であることを証明するスタンプ印が押印されています。