

※支払支給決議書	支払額	拾万	万	千	百	拾	円	常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	扱者
	受取代理 分娩費充填 (予定)額	拾万	万	千	百	拾	円	資格取得日	年	月	日	備考	
	本人宛 出産育児一時金							資格喪失日	年	月	日		
	出産育児 一時金付加金							出産の日	年	月	日		

(該当条文法第101条)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 (内払金) 並びに付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号		② 被保険者の氏名 生年月日	昭・平	年	月	日	
		番号							
	③ 被保険者の 現住所 電話番号	〒		—	日中連絡の取れる電話番号	()	
	④ 事業所の名称								
	⑤ 出産した者の氏名				⑥ 生年月日	昭・平	年	月	日
	⑦ 出産した日	令和	年	月	日	⑧ 生産児数 人	⑨ 死産児数 人	⑩ 死産のときは その妊娠経過期間	週・死産
	⑪ 出生児の氏名								
	⑫ 【出産育児一時金を請求する場合で出産日が資格喪失後6ヶ月以内の場合】 → 出産当日に加入している健康保険の被保険者証について⑭～⑰の欄に記載してください。								
	⑬ 【家族出産育児一時金を請求する場合で、扶養認定後6ヶ月以内の出産の場合】 → 被扶養者が以前加入していた健康保険の被保険者証について⑭～⑰の欄に記載してください。								
	⑭ 保険者名 (健康保険組合名)				⑮ 保険者の電話番号				
	⑯ 記号-番号				⑰ 被保険者氏名 (世帯主名)				
	⑱ 資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。								
振込 金融 機関	銀行番号			支店番号					
	銀行				支店	1. 普通 2. 当座	口座番号		
	フリガナ								
	口座名義								

★【直接支払制度を利用した場合】は『医師・助産師または市区町村長が証明するところ』の証明は必要ありません。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 書 ま た は 市 区 町 村 長 が	Ⓐ 出産年月日	令和	年	月	日	Ⓑ 生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠	週)		
	Ⓒ 出生児の数	単胎・多胎 (児)				Ⓓ 備考				
	Ⓔ 上記のとおり相違ないことを証明します。					令和	年	月	日	
	医療施設の所在地 医療施設の名称 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
Ⓖ 上記のとおり相違ないことを証明します。					令和	年	月	日		
市区町村長名					Ⓖ 電話	()				

(規則第86・97条)

令和 年 月 日 提出

※

受付日付印

社会保険労務士 の提出代行者印	
--------------------	--

※記載方法については裏面の【申請及び記入上の注意】をご覧ください。

申請及び記入上の注意

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
2. ①の欄は当組合の健康保険被保険者証（保険証）に書かれている「記号」「番号」を記載して下さい。
3. ③の欄の電話番号は、**日中連絡が取れる電話番号**を記載してください。
4. 生産の場合は、⑨⑩の欄は記入せず、⑧⑪の欄に記入すると共に、「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の欄に、医師、助産師又は市区町村長の証明のいずれかを受けてください。
5. 死産の場合は、⑧⑪の欄は記入せず、⑨⑩の欄に記入すると共に、「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の欄に医師から妊娠何週間目の死産であるかをおこりに書き入れてもらってください。
6. **直接支払制度を利用する方は「医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書」の写しを添付していただくので「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の記載は必要はありません。**
7. ⑫の欄は**被保険者であった方が資格を喪失した後に出産して請求する場合に、出産日当日に加入している健康保険**について確認するものです。

⑬の欄は**被扶養者に認定された方が認定後6ヶ月以内に出産して請求する場合に、その方が直前に加入していた健康保険**について確認するものです。

※会社を退職した日後6ヶ月以内に出産した時は、在職時に加入していた保険者（退職までの被保険者期間が継続して1年以上あった者に限る）から出産育児一時金と、出産時に被扶養者として加入している保険者から家族出産育児一時金の給付を受ける権利が発生します。しかし、健康保険では同一の保険事故（出産）に対して重複した給付は行われなない為、いずれかを選択して請求することとなります。当健康保険組合に（家族）出産育児一時金を請求する際は、相手保険者との調整をはかる必要があります。

8. 退職後の請求の場合は、振込み希望の銀行口座（請求者本人名義）を⑬の欄に記入してください。なお、任意継続被保険者の方の場合、保険料の引き落とし口座に振り込みますので記入は不要です。
9. ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

添付書類について

【直接支払制度及び受取代理制度を利用しない場合】

1. 「**医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書**」の写し

※この領収・明細書には、「産科医療補償制度の加算出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。これは、保険者において、産科医療保障制度掛金の加算対象かどうかを保険者が判断する必要があるため、提出していただくものです。

2. 「**医療機関等から交付される合意文書**」の写し

※この合意文書には、直接支払制度を利用しない旨が記載されています。

3. 海外で出産された方の添付書類についてはホームページを参照していただくか、お電話にてお問い合わせください。

【直接支払制度を利用した場合】

（医療機関等から当健康保険組合に請求が来る前に、差額および付加給付の請求をする場合）

1. 「**医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書**」の写し

※この領収・明細書には、「専用請求書の内容と相違ない旨」及び「産科医療補償制度の加算出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。これは、保険者において、直接支払制度が利用されていること及び代理受取額を確認するため、また、産科医療保障制度掛金の加算対象かどうかを保険者が判断する必要があるため、提出していただくものです。

2. 「**医療機関等から交付される合意文書**」の写し

資格喪失後の出産に関する出産育児一時金の請求について

当健康保険組合に請求いただいた場合、資格喪失しているため、出産育児一時金付加金（1児につき3万円）は支給されませんが、出産時に被扶養者として加入している保険者（健康保険組合）に請求した場合、付加金を上乗せして支給される場合がございますので、ご確認のうえ請求下さいます様、お願い申し上げます。

不明な点は、業務第2課までお問い合わせください（03-6226-4534）

※支払支給決議書	支払額	拾万	万	千	百	拾	円	常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	扱者
	受取代理 分娩費充填 (予定)額	拾万	万										
	支給決定の額							資格喪失日	年	月	日	備考	
	本人宛 出産育児一時金							出産の日	年	月	日		

記入例

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 (内払金) 並びに付加金請求書

① 被保険者証の記号	9999	② 被保険者の氏名	東広 太郎		
番号	99999	生年月日	昭平 58年 1月 1日		
③ 被保険者の現住所電話番号	〒 104 - 0045	日中連絡の取れる電話番号	090 (1234) 0000	東京都中央区築地〇-〇-〇	
④ 事業所の名称	〇〇〇〇〇株式会社				
⑤ 出産した者の氏名	東広 花子		⑥ 生年月日	昭平 2年 12月 31日	
⑦ 出産した日	令和 1年 5月 1日	⑧ 生産児数	⑨ 死産児数	⑩ 死産のときはその妊娠経過期間 週・死産	
⑪ 出生児の氏名	東広 健太郎				
⑫ 【出産育児一時金を請求する場合で出産日が資格喪失後6ヶ月以内の場合】 → 出産当日に加入している健康保険の被保険者証について⑭~⑰の欄に記載してください。					
⑬ 【家族出産育児一時金を請求する場合で、扶養認定後6ヶ月以内の出産の場合】 → 被扶養者が以前加入していた健康保険の被保険者証について⑭~⑰の欄に記載してください。					
⑭ 保険者名 (健康保険組合名)			⑮ 保険者の		
⑯ 記号-番号			⑰ 被保険者(世帯主名)		
⑱ 資格喪失後の請求の場合、請求者名義の全振込金融機関情報が必要となります。					
振込金融機関	銀行番号		支店番号		口座番号
	銀行		支店	1. 普通 2. 当座	
	フリガナ				
	口座名義				

退職等で被保険者の資格を喪失した(する)場合のみ記入して下さい。

※記載方法については裏面の「申請及び記入上の注意」をご覧ください。

★【直接支払制度を利用した場合】は『医師・助産師または市区町村長が証明するところ』の証明は必要ありません。

医師・助産師 証明する または 市区町村長が	④ 出産年月日	令和 1年 5月 1日	⑥ 生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)		
	⑤ 出生児の数	単胎・多胎 (児)	⑦ 備考			
	⑧ 上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 1年 5月 10日		
	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師名			電話 ()		
	⑨ 本籍		⑩ 筆頭者氏名			
	⑪ 出生届出日	令和	⑫ 出生児氏名	⑬ 出生年月日	令和	年 月 日
⑭ 上記の						

出産に係る【医師・助産師】または【市区町村長】どちらか一方の証明が必要です

令和 年 月 日 提出

※ 受付日付印

直接支払制度・受取代理制度を利用しない方が家族出産育児一時金を請求する場合の記入例です (家族が出産)

※記入方法・添付書類等は請求書裏面の「申請及び記入上の注意」をご確認ください