

健康保険 被保険者・家族

出産育児一時金 請求書

月末最終稼働日までに健保に到着した請求書（原本）について
原則翌月に支給します。

書類に不備がある場合は、翌月に支給できない場合があります。

在職中の方は会社を経由してのご提出になりますので、すみやかにご提出ください。

この請求書に合わせて、下記の書類を添付ください。

- ①直接支払制度を利用しない旨の記載された合意文書の写し
②領収・明細書の写し（産科医療補償制度加入医療機関の場合はスタンプが押印されたもの）

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

健保使用欄		受付年月日	
受付	令和 年 月 分		
支払年月日	令和 年 月 日		

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	1	番号		被保険者 氏名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	事業所名			
	被保険者 住所	〒							
	出産した方 の氏名続柄	続柄			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
	出産年月日	令和	年	月	日	生産・死産 の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	出生時の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	出生児の 氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		
	次に該当する場合は以下をご記入ください。 ① 当健保の被保険者期間が1年以上あり、当健保資格喪失後6ヶ月以内の場合は、現在加入の健康保険 ② 当健保の被扶養者認定前に被保険者期間が1年以上あり、扶養認定後6ヶ月以内に出産された方は、当健保加入前の健康保険								
保険者	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ()支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合(名称:)	被保険者証 記号・番号	記号		番号				
振込先 金融機関名	※①（当健保資格喪失後6ヶ月以内）に該当する方のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 支店 普通預金								
口座番号				口座名義	※カタカナで記入				

※下記証明欄「医師・助産師」または「市区町村長」のいずれかの証明を受けてください。

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	出産年月日	令和	年	月	日	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週 日)	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日											
市 区 町 村 証 明 欄	所在地	※所在地・名称はゴム印を使用してください。 ゴム印がない場合は必ず医師の押印が必要です。										
	医療機関 名称	医師・助産師氏名 ⑤ 電話 - -										
	本籍	筆頭者氏名										
市 区 町 村 証 明 欄	出生届出日	令和	年	月	日	出生年月日	令和	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。 令和 年 月 日											
市区町村長名 ⑤												

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 ※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。										
	被保険者 (申請者)	氏名 (自署)	令和 年 月 日								
代理人 (事業主)	所在地 名称 氏名	※自署できない場合は捺印が必要です。									