

支給決定 伺	常務理事		経理担当	担当者	資格照合	令和 年 月 日
	支給金額					備考
	出産年月日	令和 年 月 日				出産育児一時金 420,000円 408,000円
	資格取得 資格喪失	昭和・平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日				出産育児一時付加金 56,000円 26,000円

健康保険被保険者・家族出産育児一時金・出産育児付加金請求書

請求者が記入する ところ	①被保険者証の記号番号	記号 番号	②被保険者の氏名と印		
	③被保険者の住所	〒 () TEL ()			
	④事業所の名称				
	⑤家族の出産である時は家族の氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	⑥出産年月日	令和 年 月 日 生産・死産	生産児数	人	死産児数 人
	⑦出生児の氏名	フリガナ	⑧他の制度で給付を受けているかどうか 給付を受けて いる ・ いない		
	⑨被保険者が出産するための請求である場合、該当するのはどちらですか		⑩被扶養者が出産するための請求である場合、扶養者となった時期		
	ア. 被保険者期間中の出産予定 イ. 資格喪失後6ヶ月以内の出産予定 資格喪失後加入している医療保険制度を下欄に記入してください。↓		ア. 出産予定より6ヶ月以上前 イ. その他 あなたの扶養者となる前に加入していた医療保険制度を下欄に記入してください。↓		
	制度名及び被保険者名		被保険者氏名		被保険者証の記号番号
	が 医 師 明 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産（妊娠第 週） 出生児数（ 児）	
医師又は助産師の証明		上気のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			
市区町村長の証明		本籍	筆頭者氏名		
	出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日	
	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			出生児氏名	

上記の請求の受領方を代理人
に委任します。
.....
被保険者 住所 〒
氏名

※ 受付日付印

【添付書類】

- ・ 出産育児一時金申請・受取代理契約書（合意書）控の写し
- ・ 分娩費内訳明細書（領収書）の写し（産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要）