

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	被保険者の記号・番号	記号	番号	フリガナ			
				氏名	①		
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)						
	住所	〒					
		電話 ( )					
	事業所の名称 (会社名)		出産年月日	年	月	日	
	出産した人 (○印する)	・被保険者本人 (退職後の分娩の場合は下記②を記入)		・被扶養者 (下記①を記入)			
	① 被扶養者が 出産したとき	被扶養者氏名		生年月日	年	月	日
		(※) 被扶養者が出産前6ヶ月以内に他の健康保険に加入していた場合は記入して下さい。	勤務先名	電話 ( )			
			加入していた健康保険	名称			
電話				( )			
② 被保険者が 退職後出産したとき	退職後加入している健康保険等の内容	健康保険組合 社会保険事務所 国民健康保険 共済保険 (○をつけて下さい)	名称				
			電話	( )			
			保険証 記号・番号	.			
			区分	被保険者 ・ 被扶養者			

医師・助産師又は市区町村長の証明欄	出産年月日	年	月	日	出生児数	単胎・多胎 ( ) 児		
	出産時の状態	正常	・	異常	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 月)		
	上記のとおり相違ありません。					年	月	日
	医療機関の名称・所在地						①	
医師・助産師名								
市区町村長名								
電話 ( )								

1. 死産・流産・人工中絶のときも妊娠85日以上であれば支給されます。
2. 双生児以上のときは1児ごとに支給されます。
3. 被扶養者の出産で分娩日前6ヶ月以内に、ご自身で健康保険に加入していた場合には、以前加入していた健康保険もしくは当組合のどちらかを選択して請求して下さい。



※添付書類

- ①『医療機関等から交付される合意文書』の写し
- ②『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

委任状	上記請求の受領を		に委任する。
	年	月	日 被保険者氏名 ①