

家族 出産育児一時金請求書



令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証	記 号	番 号	事 業 所 名		
	(フリガナ) 被保険者氏名	⑩			生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	被保険者住所	〒 ー 電話 ()				
	(フリガナ) 出産した家族	続 柄 ()	氏 名	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
	(フリガナ) 出生児の氏名	続 柄 ()		分娩年月日	平成・令和 年 月 日	
	※ 出産 6 か月以内 に勤務していた場 合は記入ください	勤務していた事業所名	所在地		保険者証の記号・番号	
	委 任 状	本請求に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 被保険者氏名 ⑩ 令和 年 月 日				

〔添付書類〕

- 医療機関が発行する「直接支払制度を利用しない」旨を明記した合意文章のコピー
- 出産費用の領収・明細書のコピー
(産科医療加入機関で分娩した場合は、所定スタンプの押印が必要)
- 母子手帳 1 ページ目 (市区町村長の証明印があるページ) のコピーまたは出生届出書
※この添付がある場合は、下記の「医師または助産師の証明」は必要ありません。
- 死産の場合は、請求書内に医師または助産師の証明をもらってください。

〔注意事項〕

- ※：①「家族出産育児一時金」を請求される方で、被扶養者に認定後 6 か月以内の出産の場合には、必ず記入してください。
② 家族が被扶養者として認定される前は「以前加入されていた健保組合等の被保険者」であり、その資格喪失後 6 か月以内の出産の場合は、以前の健保組合等へ資格喪失後の「被保険者」として請求するか、当健保組合へ「被扶養者」として請求するか、どちらか一方を選択してください。
- 産科医療補償制度に未加入の医療機関での出産育児一時金は、404,000 円となります。

医 師 ・ 助 産 師 が 記 入 す る 欄	分娩年月日	平成・令和 年 月 日	生産・死産 (妊娠 か月)	単胎・多胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医 療 機 関 名 医師・助産師氏名 ⑩ 電 話 番 号			

支 給 決 議 書	扶養認定日	年 月 日	支払年月日	年 月 日	常務理事	担 当
	分娩年月日	年 月 日	支給決定額	420,000円		
	出生児の数	単胎・多胎 (児)				