

健康保険 出産育児一時金請求書 【記入例】

届出	令和 ○○年 ○○月 ○○日							
被 保 険 者	被 保 険 者 等		氏 名	健 康 太 郎	所 属 事 業 所	○○○○ (株) ○○部 ○○課 ○○担当		
	記号	番 号				Tel (000) 123-4567 (内線 123-4567)		
	20	555555		生 年 月 日	昭和 平成	5年 10月 15日	現 住 所	〒 000-1234 Tel (000) 987-6543 広島市○○区○○町○○番○○号 ○○マンション101号

出 産 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	出 産 年 月 日	生産または 死産の別	生産の場合 出生数	死産の場合 死産数
	フリガナ ケンコウ ハナコ 健康 華子	妻	昭和 年 月 日 平成 6 5 11	令和 6 10 2	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	1 人	人
出 産 し た 医 療 機 関 等	住所.....広島市○区○○○町○丁目○番○号..... ○○○○○○○ 病 (医) 院			直接支払制度 の利用状況	<input type="checkbox"/> 制度を利用する <input checked="" type="checkbox"/> 制度を利用しない	出産費資金貸付 の利用状況	<input type="checkbox"/> 利用している <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない

出 産 の 証 明は、令和 年 月 日に 出産 (死産の時、妊娠経過期間 満 週) したことを証明します。 令和 年 月 日
市町村長 証明者 医 師 助産婦	住所 証明をもらってください。 または、出生届、出産届済証の写しを 添付してください。 氏 名 印

直接支払制度を利用している場合は、当該申請は不要です。

出産育児一時金の差額が発生する場合 (出産育児一時金支給額 > 直接支払制度利用額 のとき) は、医療機関からの請求に基づき、差額を被保険者に支払います。

※証明者が市町村長のとき以外は、証明印は不要です。

被保険者 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	-------------------------------------	--

被保険者が必ず記入してください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。	
合	

- (注意事項)
本請求書は、直接健康保険組合に提出してください。
なお、出生児を扶養する場合は「被扶養者異動届」を事業所に提出してください。
- 【添付書類】
- ・ 出産費用の領収書の写し (内訳を記した明細書を添付)
 - ・ 医療機関から交付される出産育児一時金の申請・受取に係る代理契約に関する文書の写し
 - ・ 本請求書「出産証明」欄に記載がない場合は、これに代わる証明書类等

受 付 印