

健康保険 出産育児一時金請求書 【記入例】

届出	令和 3年 〇〇月 〇〇日					
被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏 名	健 康 太 郎	所 属 事 業 所	〇〇〇〇 (株) 〇〇部 〇〇課 〇〇担当
	記号	番 号				Tel (000) 123 - 4567 (内線 123 - 4567)
	20	555555		生 年 月 日	昭和 平成 50年 10月 15日	現住所

出生児	氏 名		続柄	出生年月日			性別	生産又は 死産	出 産 者	氏 名		続柄	生 年 月 日				
	フリガナ	フリガナ		年	月	日				フリガナ	フリガナ		年	月	日		
	ケンコウ	サブロウ	子	令和	3	6	1	男	生 産	ケンコウ	ハナコ	妻	昭和	平成	56	5	11
	健 康 三 郎							女	死 産	健 康 華 子							
出 産 し た 医 療 機 関 等		住所 広島市〇区〇〇〇町〇丁目〇番〇号				〇〇〇〇〇〇		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。	交付入力 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