

出産育児一時金請求書(本人・**家族**)

提出日は必ず記入してください

令和 〇 年 4 月 1 日 提出

本人記入欄	保険証の記号番号 (記号) 1 1 1 1 (番号) 2 2 2 2 2 2	事業所名 ブリヂストン〇〇	所属部署 総務 課 総務 係	
	被保険者氏名 ※被保険者が自ら署名する場合は捺印不要 健保 太郎 (健保)	被保険者住所 〒106 - 〇〇47 東京都〇〇区〇〇1-3 電話03 (3280) ××××	家族の続柄 妻 その他()	資格認定日 平成〇〇年10月1日
	家族が出産する場合 被扶養者氏名 カ) ケボ バコ 健保 花子	出生児の氏名 (複数名の記載可) 健保 次郎	出生年月日	令和 〇 年 3 月 15 日
	生産、死産 (どちらかに〇) 生産 ・死産	※出生児を被扶養者として申請する場合は、別途「被扶養者異動 [増]		
	入院・出産した医療機関名 (名称) 〇〇総合病院 (所在地) ××区〇〇2-3-4	多胎出産の場合は全ての出生児の氏名を記入してください		
	直接支払制度(受取代理制度)の利用 (どちらかにチェック) <input type="checkbox"/> 利用しないこととした	<input checked="" type="checkbox"/> 利用に合意した ※出産費用 ≥ 出産育児一時金額 の場合は、この請求書の提出は不要です。		

医師・助産師の証明欄
※母子手帳の出生届出済証明欄の写しをもって代えることができます

どちらかに〇
この欄で医師・助産師の証明が受けられない場合、次のいずれかの書類を添付してください
1、出生が確認できる書類：母子手帳の出生届証明欄のコピー
2、死産が確認できる書類：死産証書・死胎検案書など
※生産、死産いずれの場合でも、以下【必要書類】②、③も必ず添付ください

【必要書類】 ①上記出生の証明または母子手帳出生届出済証明欄の写し
②医療機関から交付される直接支払制度合意文書の写し(制度を利用しない場合でも必要)
③出産費用の領収・明細書の写し(直接支払制度利用の可) ※受取代理制度(注)を利用された場合は、原則、上記を添付する必要はない
母子手帳の出生届証明欄は、以下のページで母、父の氏名など、内容の記入漏れが無いことをご確認のうえコピーしてください

被保険者のマイナンバー記載欄
※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記入は不要です

決定

年 月 日

給付決定決議書

健保記入欄

健康保険組合が使用する欄です

●この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

子の保護者	続柄	氏名	生年月日	職業
母	健保	花子	19△△年10月1日生(〇歳)	製造業
父	健保	太郎	19●●年8月〇日(〇歳)	製造業
居住地		東京都〇〇区〇〇1-3		
電話		03-5202-××××		

出生届済証明書

子の氏名	健保次郎	男
出生の場所	東京都 〇〇区	
出生の年月日	平成28年9月8日	

上記の者については出生の届出があったことを証明する。

市区町村長

〇〇
区長