

# 出産育児一時金請求書(本人・家族)

年 月 日提出

本人記入欄	保険証の記号番号		(記号)	事業所名				
			(番号)	所属部署				
	被保険者氏名 <small>※被保険者が自ら署名する場合は捺印不要</small>			Ⓜ	被保険者住所		〒 ( ) 電話 ( )	
	家族が出産する場合被扶養者氏名		カ)		家族の続柄	妻 その他( )	資格認定日	年 月 日
	生産、死産 (どちらかに○)		生産・死産	生産の場合 出生児の氏名 (複数名の記載可)		出生年月日	年 月 日	
	※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] 申請書」を提出下さい。							
	入院・出産した医療機関名		(名称)		(所在地)			
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 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 <small>※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</small>	どちらかに○ 生産・死産	年 月 日分娩	(胎児週数 週)		
	上記の通りに相違ないことを証明します。		住所	氏名	印
		年 月 日 職名	電話	( )	

**【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 (同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否と産科医療補償制度加入も確認できるもの)  
**※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ありません。(注)利用は一部の医療機関に限られます。**

被保険者のマイナンバー記載欄 <small>※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。</small>	事業所担当部署 係 長

決定	年 月 日	給付決定決議書	健康保険組合起案・決議		
	No.		係	事務長	常務理事

健保記入欄	分娩の日		年 月 日	給付額		千	円
	資格	取得	年 月 日			直接支払 給付額	0
		喪失	年 月 日				
	分娩者認定年月日		年 月 日	医療機関請求額		△	円
	直接支払制度利用		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	併給調整等			
産科医療補償制度加入		<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入					