

受信No.	
-------	--

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

※直接支払制度を利用している場合、この請求は不要です

被保険者証	記号	番号	所属またはグループ会社名(任意継続・特例退職者は記入不要)			
			部	支社	課	営業オフィス
被保険者氏名	資格取得年月日		S・H・R	年	月	日
	資格喪失年月日		R	年	月	日

市区町村長の証明欄	分娩者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	分娩した年月日	令和	年	月	日	生産または死産 の別(○をつける)	① 生産 ② 死産(妊娠 週 日)
	上記のとおり相違ありません		令和	年	月	日	医療機関の名称・所在地 〒 医師・助産師名 市区町村長名 _____ 印 電話 ()

※生産の場合、上記証明については、母子手帳「市区町村出生届出済証明欄のページ」コピーで代用可

被保険者記入欄	出生児の氏名 (生産のみ記入)					
	家族が分娩した時 その者の氏名	その家族の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	上記のとおり請求いたします 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注4)		令和	年	月	日

被保険者 〒 _____
住所 _____
氏名 _____

以下の注意書きを参照し、必要書類を揃え、チェック願います

●必要書類チェック●

(注) 1. 医療機関等から交付される出産費用の領収書・明細書の写しを添付してください

➡ 領収書チェック

2. 医療機関等から交付される直接支払制度合意文書の写しを添付してください

➡ 合意文書チェック

3. 第一生命健康保険資格喪失後の出産の場合は、出産時に加入している健康保険の種類によって必要書類が異なります

(1)配偶者の被扶養者である場合…当該健保組合の発行する「(出産育児一時金)不支給証明書」

(2)国民健康保険に加入している場合…被保険者証のコピー

4. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です(ご登録の保険料振替口座に支給します)

健保組合処理欄	保険給付金				医療機関代理受取額			
	円				円			
	常務理事	事務長	担当	検算	支 払	常務理事	事務長	担当

入力者・入力日