

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険の記号・番号	記号 番号	②被保険者(請求者)の氏名及び生年月日	(フリガナ) S・H 年 月 日
	③被保険者(請求者)の現住所	〒 TEL - - 方		
	④事業所の名称	TEL - -		
	⑤分娩年月日	令和 年 月 日	⑥生産・死産/単胎・多胎の別	生産・死産/単胎・多胎 (児)
	⑦家族が出産したときはその者の氏名	⑧出生児の氏名		
	⑨該当する支給要件はどちらですか	被保険者が出産した場合		イ. の場合 現在加入している医療保険制度 エ. の場合 あなたの被扶養者になる前に加入していた医療保険制度
		ア. 被保険者期間中の分娩 イ. 被保険者であった者の資格喪失後6ヶ月以内の分娩		
	家族が出産した場合		制度・保険者名	全国健康保険協会 共済/健保組合 国民健康保険 TEL - -
	⑩家族があなたの被扶養者になった時期	ウ. 出産日より6ヶ月以上前 エ. その他		被保険者氏名
				記号・番号
医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	⑪分娩年月日	⑫分娩予定年月日	⑬生産・死産の別 (妊娠第 週又は 日)	⑭単胎・多胎の別 単胎・多胎 (児)
	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	⑮上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関等の 名称 医師又は助産師の氏名 TEL - -			
委 任 状	⑯この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(請求者)の氏名及び印 ㊟ 住所 代理人の会社名 氏名 ㊟			
⑰振込口座	(フリガナ)	銀行コード	預金種目	・普通 ・当座 ・その他 ()
	銀行		口座番号	
	(フリガナ)	支店コード	名義	(フリガナ)
	支店			
⑱備考		(①の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入) □□□□ □□□□ □□□□		

※この請求書に添えなければならない書類

[受付印]

1. 出産育児一時金直接支払制度を利用しない旨合意した文書の写し
2. 「産科医療補償制度」に加入する医療機関において出産した場合は、**産科医療補償制度加入機関証明**
スタンプ押印のある領収書写し

記入上の注意

被保険者が記入するところ

- ◎ 標題は被保険者が出産したときは「□被保険者」に、家族が出産したときは「□家族」にしるしをしてください。
- ◎ 同一の分娩で「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」の給付を重複して受けることはできません。
- ◎ 訂正がある場合は二重線で消してください。修正液や修正テープでの修正は認められません。
- ◎ 給付金の受領を代理人に委任するときは、⑯欄の「被保険者（申請者）」と「代理人」の印は、それぞれ別の印を使用してください。
- ◎ 健康保険の記号・番号に代えて個人番号（マイナンバー）により請求する場合は、⑱欄へ記載してください。

医師又は助産師が証明するところ

- ◎ 訂正がある場合は二重線で消してください。修正液や修正テープでの修正は認められません。
- ◎ ⑬欄は生産・死産の該当する方を○印で囲み、死産の場合は妊娠第何週又は何日であったかを記入してください。
- ◎ ⑭欄は該当する方を○印で囲み、多胎の場合は出生児の数を記入してください。

※生産の場合は医師又は助産師の証明に代えて、出生児の戸籍抄本、出生届の受理証明書（母子の氏名、生年月日が記載されたものに限る）の原本の添付でも差し支えありません。

令和5年4月1日以降の分娩に係る「出産育児一時金」の支払いは、次の取扱いとなります。

※「産科医療補償制度」に加入する医療機関において出産した場合は、1児につき5.0万円です。
（産科医療補償制度加入機関証明スタンプ押印のある領収書写しの添付が必要）
ただし、在胎週数第22週以降の出産（死産も含む）に限ります。

※「産科医療補償制度」に加入していない医療機関において出産した場合は、4.8万8千円です。