

◎この欄は記入しないでください。

支給決定伺					円	常務理事	事務局長	担当
被保険者出産育児一時金						決定	年 月 日	
						取得	年 月 日	
家族出産育児一時金						喪失	年 月 日	

被保険者

出産育児一時金請求書

家族

◎記入については、裏面の「記入上の注意」をご覧ください。
◎添付書類については裏面に掲載しております。必ずご覧ください。

被保険者の記入するところ	被保険者証の記番号	被保険者氏名					印	
	—	〒	—					
	被保険者の現住所							
	日中連絡のとれる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> ()	生年月日	年 月 日				
	TEL ()							
	事業所の名称			死産のときはその旨				
	被扶養者が出産したための請求であるときは、その氏名、生年月日	氏名			生年月日	年 月 日		
	出産年月日	年 月 日		出生児の氏名				
	出生した医療機関等の名称・所在地	名称						
		所在地						
	被扶養者認定後6ヵ月以内の家族の出産であるときは	被扶養者として認定される前に加入していた保険者名 (健保組合等)		TEL ()				
		被保険者証の記番号	記号			番号		
		勤務していた会社名						
		所在地						
	資格喪失後の請求であるときは現在加入している保険者名等	保険加入期間		年 月 日 ~		年 月 日		
保険者名 (健保組合等)		TEL ()						
被保険者証の記番号		記号			番号			
	上記の被保険者氏名			被保険者とあなたとの続柄				

※医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産年月日	年 月 日		生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	年 月 日					
	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 印					
	本籍					
出生届出日	年 月 日	出生児氏名			出生年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。						
年 月 日						
市区町村長名 印						

被保険者の皆様に対する留意事項

1. 標題は、被保険者が出産したときは「被保険者」を、被扶養者が出産したときは「家族」をマル（○）で囲んでください。
2. この請求書の提出にあたっては、次の書類を添付してください。

① 医療機関等から交付される合意文書の写し

※ この文書には、「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています。これは、保険者において、直接支払制度が利用されていないこと（同一の保険者へ重複して申請されていないこと）を確認するため、また、申請先となる保険者を特定させることにより他の保険者へ重複して申請することを防ぐため、提出していただくものです。

② 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」の写し

※ この「領収・明細書」には、「直接支払制度を用いていない旨」の記載および「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。これは、保険者において、直接支払制度が利用されていないこと（同一の保険者へ重複して申請されていないこと）を確認するため、また、1万6千円の加算対象かどうかを保険者が判断する必要があるため、提出していただくものです。

③ 同意書（事業所委任払い）

3. 自宅出産の場合は、「出産した医療機関の名称・所在地」に自宅出産の旨を記入してください。

※ この請求書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類（戸籍謄本（抄本）、戸籍記録事項証明書など）を添付してください。

医師、助産師又は市区町村長の留意事項

1. 生産・死産の別は、該当する文字をマル（○）で囲み、死産の場合は、妊娠第何週であったかを記入してください。