

# 出産育児一時金請求書

( 本人 ・ 家族 )

被保険者が記入する欄	健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日		
	被保険者		住所 〒 氏名		
	下記のとおり請求します。				
	記号・番号		事業所名称		
	出産したものの氏名		続柄		生年月日 昭・平 年 月 日
	出産年月日	令 年 月 日	出生児氏名		
	出産数	単胎 ・ 多胎( 胎 )		産科医療補償制度	対象 ・ 対象外
出生児が被扶養者であるか	ある ・ ない(理由: )				
他制度からの給付	受けていない ・ 受けている				

\*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支払金融機関	金融機関名		支店名	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他( )		口座名義(カナ)
	口座番号			

\*医師・助産師又は市区町村長の証明が必要です。出生証明書等の添付で代用可能です。

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	出産年月日	令 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 第 週 )	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎( 胎 )			
	上記記載の内容に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
	医療施設の名称・所在地				
	医師・助産師名				
	本籍		筆頭者氏名		
	出生届出日	令 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令 年 月 日
上記記載の内容に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
市区町村長名					

(事) 社会保険担当者印

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者	住所 氏名
	住所	
	代理人	氏名 委任者と代理人との関係

健保組合受付印

## 【添付書類】

- 産科医療補償制度対象の場合 ・ 領収書または請求書(写) ・ 「直接支払」を希望しない旨を記載した同意書等(写)
- 産科医療補償制度対象外の場合 ・ 領収書または請求書(写) ・ 「直接支払」を希望しない旨を記載した同意書等(写)
- 海外での出産の場合(海外赴任者・帯同者を除く) ・ 出生証明書等

## 【注意事項】

- ・付加給付等の追加支給がある場合は、数ヶ月後に自動給付いたします。
- ・他から出産育児一時金が支給される場合は、請求できません。

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。