

記入例

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 3年 4月 1日	
	住所 〒 145-1234 東京都大田区〇〇町1-2-3		被保険者	
	氏名 青空 太郎			
	下記のとおり請求します。			
	記号・番号	1-1234567	事業所名称	アルプスアルパイン株式会社
	出産したものの氏名	青空 花子	続柄	妻
	出生年月日	昭和 51年 11月 1日	生年月日	昭和 51年 11月 1日
出産年月日	令和 3年 4月 26日	出生児氏名	青空 花香	
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:)	不明な場合はご記入不要です		
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	出生年月日	令和 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・助産師又は市区町村長に証明を依頼してください		
	医師・助産師名			
	本籍			
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日
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 1年 5月 1日			
	被保険者	住所	東京都大田区〇〇町1-2-3	
		氏名	青空 太郎	
代理人	住所	各事業所の社会保険担当者が記入致します (任意継続被保険者は記入不要)		
委任者と代理人の関係				

退職後に給付金を受領する方および任意継続被保険者は記入不要です

【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】

- ・受取代理制度を利用された方、令和27年12月1日以降に出生し直接支払制度を利用された方は、本請求は不要です。
 - ・付加給付等の追加支給がある場合は、数カ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。