

健康保険

被保険者

家族

出産育児一時金・付加金請求書

<記入例>

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者等の 記号・番号	記号 〇〇〇	被保険者(請求者)の 氏名		健保 太郎	
		番号 1 2 3				
	被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市××区☆☆町1-2-3		Tel 1 2 3-4 5 6-7 8 9 0		
	事業所(会社)の名称	〇〇〇〇株式会社				
	分べんした年月日	令和 〇〇 年 1 月 1 日	死産のときはその旨	該当せず	妊娠経過期間	39ヶ月週
	入院して分べんしたときは、その病産院の	名称	〇〇産婦人科医院			
		所在地	東京都〇〇区××町1-1-1			
	被扶養者である家族が分べんしたための請求であるときは、その者の	氏名	健保 花子	生年月日	昭和平成 〇〇 年 2 月 2 日 生	
	被保険者の資格喪失後の請求であるときは、現在の被保険者等の	保険者名		記号		
		健康保険組合名、共済組合名等	TEL	番号		
家族が分べん日前6カ月以内に勤務していたときは、その当時の	保険者名	〇〇健康保険組合	記号	700		
	健康保険組合名、共済組合名等	TEL	番号	77		
備考						
公金受取口座	<input type="checkbox"/> ※ 振込先が給与(賞与)の振込口座と同じである場合は、記入不要です。 <input type="checkbox"/> ※ 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。 <input type="checkbox"/> 注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。					

※ ど ち ら か 一 方 の 証 明 を も ら っ て 下 さ い。 (生 産 の み)	分べんした年月日	令和 〇〇 年 1 月 1 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 〇ヶ月週)
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 〇〇 年 1 月 31 日 医療施設の名称・所在地 〇〇産婦人科医院 東京都〇〇区××町1-1-1 医師・助産婦名 東京 太郎			
	本籍		筆頭者氏名	
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名				

1. 医療機関等から交付される合意文書の写し(直接支払制度を利用しない旨を記載された書類)
2. 産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、「産科医療補償制度対象分娩」の文言が印字やスタンプ等により明記された領収書、明細書等の写しを添付してください。

受付年月日