

**直接支払制度を利用せずに出産費用を全額自己負担したとき**

**健康保険 本人・家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書**

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 健康保険証の 記号と番号	記号	番号	② 被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	(フリガナ)				
	③ 被保険者 (請求者) の現住所	〒			昭・平・令		年	月	日
	④ 事業所名称	日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -							
	⑤ 被扶養者が 出産したとき	氏名	被保険者 との続柄		生年月日		昭・平・令 年 月 日		
	⑥ 出産年月日	令和 年 月 日		⑦ 生産児の数	人	⑧ 死産児の数	人 (妊娠週日)		
	⑨ 出生児の氏名	⑩ 被保険者との 続柄		(例 長男、長女)		⑪ 性別	男・女		
	⑫ 右の項目に 該当する方は ☑と健康保険の 加入状況を記入	<input type="checkbox"/> 当組合の資格を喪失した後の出産ですか			<input type="checkbox"/> 被扶養者となってから6ヶ月以内の出産ですか				
		保険者の名称	協会けんぽ( )支部・( )健保組合・( )国民健康保険						
		保険証の記号と番号	-		社会保険の加入のとき	会社名			
		家族の扶養のとき	被保険者氏名			続柄			

〔⑫について〕 当組合の資格を喪失した後のの方は出産日現在加入している健康保険を記入してください。  
被扶養者となってから6ヶ月以内の出産の方は当組合の被扶養者となる前日まで加入していた健康保険を記入してください。

(訂正がある場合は医師・助産師又は市区町村長が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。左記以外の方による訂正は認められません)

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	⑬ 出 産 年 月 日	令和 年 月 日	⑭ 生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠週日)	⑮ 出生児 の 数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 記入年月日 令和 年 月 日					
	⑯ 医療施設の所在地 名称					
	⑰ 医師・助産師名	連絡先 ( )				
市 区 町 村 長	⑱ 出生児 氏 名	⑲ 出 生 年 月 日	令和 年 月 日	⑳ 出 生 届 出 日	令和 年 月 日	
	㉑ 本 籍	㉒ 筆 頭 者 氏 名				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 記入年月日 令和 年 月 日					
	㉓ 区市町村長名		連絡先 ( )			

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください

<input type="checkbox"/>	<b>会社振込</b>	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
<input type="checkbox"/>	<b>個人(請求者)口座</b>	被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支 払 金 融 機 関	銀行・農協	本店	預金種別	
	信金・信組	支店	普通・当座	
	金融機関コード	店番号	(ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	フリガナ	口座名義	

※上記以外の代理人口座への振込を希望する方は「委任状」(1-別紙)に本人確認書類を添付しご提出ください。

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 名 記 載 欄	
--------------------------------------	--

受付日付印

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。  
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。

--