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 被保険者等記号・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） 昭・平・令　年　月　日		
	③ 被保険者（請求者）の現住所	〒 □□□ － □□□□		日中連絡のとれる電話番号 自宅　-　- 携帯　-　-		
	④ 事業所名称					
	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	□ 当組合の資格を喪失した後の出産ですか		□ 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			
		被保険者等記号・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	医師・助産師	⑬ 出産年月日	令和　年　月　日	⑭ 生産または死産の別	□ 生産 □ 死産（妊娠　週　日）	⑮ 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します。 ⑯ 医療施設の所在地 名称 ⑰ 医師・助産師名			記入年月日　令和　年　月　日 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。 ㉓ 区市町村長名			記入年月日　令和　年　月　日 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**	
□	**会社振込**　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。
□	**個人(請求者)口座**　被保険者（請求者）の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

（12桁）

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 信金・信組	本店 支店	預金種別 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		

□	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。（利用する場合は☑　利用しない場合は上記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印