

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

チェックポイント

理事

局長

課長

担当者

請求者の記入欄	被保険者	記号	番号		
	氏名				月 日
	出産者氏名			続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()	
	医療機関への直接支払制度利用	<input type="checkbox"/> 医療機関への直接支払制度を利用しない <input type="checkbox"/> 直接支払制度を利用したが、医療機関での支払額が出産育児一時金の額を下回ったため差額の早期支払を希望される方			
	扶養認定後6ヶ月以内に出産された方				
	退職した会社名 および 退職日	令和 年 月 日		以前の加入健保 および 加入期間	健保 () 国保 () 役所) 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
上記により請求いたします。 ただし、給付金の受領は事業主に委任します。 〒 _____ ー _____					
被保険者		住所	氏名		

・どちらかにチェックの有無をご確認ください
・制度利用を確認する書類添付があるか確認してください

以前に他健保の被保険者であった方は、「出産育児一時金不支給証明書」が必要です。

医師・助産師証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日	性別	男・女
	生産・死産の別	生産	死産	妊娠 週	出生児の数	単胎・多胎 () 児)
	上記のとおりであることを証明する。 令和 年 月 日 所在地 _____ 医院名 _____ 医師名 _____					

医師から証明してもらってください

健保記入欄	直接支払制度	産科医療補償制度	出生日	支給額	
				在胎週数 22 週到達以降	妊娠 85 日～22 週未満
利用しない	加入	R5.3.31 まで	単胎 (児) 42 万円	単胎 40.8 万円 ・ (児) 万円	
			R5.4.1 から	単胎 (児) 50 万円	単胎 48.8 万円 ・ (児) 万円
	未加入	R5.3.31 まで	単胎 40.8 万円 ・ (児) 万円		
		R5.4.1 から	単胎 48.8 万円 ・ (児) 万円		
利用した	早期払い希望者		円		

【事業所記入欄】

担当者名
備考欄