

被保険者
家族

出産育児一時金（付加金）請求書

◎記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号 番号	② 事業所の 名 称				
	③ 出 産 した 年 月 日	平成 年 月 日	④ 死産のとき その旨			⑤ 妊 娠 経過期間	週
	⑥ 入院して出産 したときは、そ の病院、産院の	(ア) 名 称					
		(イ) 所在地	〒				
	⑦ 被扶養者が出産 したための請求で あるときはその者の	(ア) 氏 名	(イ) 被保険者 との続柄	(ウ) 生年月日	昭和 年 月 日生 平成		
	⑧ 出 生 児 氏 名			⑨ 被保険者と 出生児の続柄	⑩ 出生児が被保険 者の被扶養者 であるかどうか		ある・ない
	⑪ 出生児が被保険者の被扶養者 でないときはその理由			⑫ 乳幼児医療費助成制度 に該当しているかどうか		いる・いない	
	⑬ (ア) 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の (イ) 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の		保 険 者 名				
			記号及び番号				
	上記のとおり出産育児一時金（家族出産育児一時金）及び同付加金を請求いたします。						
〒 平成 年 月 日							
被保険者の 住 所							
氏 名 ※⑭							
出版健康保険組合 殿 電話 () ⑮							

〔直接支払い制度利用 した・しない〕 ※⑭本人氏名を自署した場合は押印不要です。（委任状欄を除く）

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑮ 出産した年月日	平成 年 月 日	⑯ 生産または死産の別	生産・死産（妊娠 週）		
	⑰ 出生児の数	単胎・多胎（ 児）	備 考			
	⑱ 上記のとおり相違ないことを証明する。				平成 年 月 日	
	医療機関の名称				⑲	
	所在地				⑰	
	医師・助産師 氏 名		電話 ()		⑱	
⑳ 本 籍			㉑ 筆頭者氏名			
㉒ 出生届出日	平成 年 月 日	㉓ 出生児氏名			㉔ 出生年月日	平成 年 月 日
㉕ 上記のとおり相違ないことを証明する。				平成 年 月 日		
市区町村長名		電話 ()		㉖		

委 任 状	私は 平成 年 月 日に請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）及び同付加金の受領方を委任します。					
	〒 平成 年 月 日					
	本 人 住 所 氏 名			⑲		
受 領 住 所 代理人 氏 名			⑳			

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

平成 年 月 日提出

⑳ 金 融 機 関	銀行名	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合	本店 支店	口座番号		
					フリガナ	
	預 金 種 別	普通・当座		名 義 人		

(受付目付印)

社会保険労務士 の提出代行者印		⑰
--------------------	--	---

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）
②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。

注意事項

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別、および⑩ならびに、⑫⑬⑭の欄はそれぞれ該当する文字を丸で囲んでください。
2. ①欄は、健康保険被保険者証に書いてあります。
3. 死産の場合は、⑧⑨欄に「該当せず」と記入してください。
4. 入院しないで出産した場合⑥の(ア)と(イ)の欄に、女子被保険者が出産したための請求である場合⑦の(ア)欄に、⑩欄の「ある」を丸で囲んだ場合⑪欄に、それぞれ「該当せず」と記入してください。
5. ⑨欄は被保険者からの続柄（長男、長女等）を記入してください。
6. ⑬欄が「死産」の場合は、妊娠何週目の死産であるかを書き入れてもらってください。
7. 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ（⑮又は⑲の欄）は、どちらか一方で証明を受けてください。
8. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
9. ⑳欄は被保険者の署名捺印を、㉑欄には事業所の受領代理人の署名捺印を必ずしてください。
10. ㉒欄は、退職後の請求である場合に振込先（銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人）を記入してください。（この場合、委任状欄を記入する必要はありません。）

〔添付書類〕

(1) 直接支払制度を利用した場合（直接支払制度を利用 した・しない のしたに○印を付けた時）

①または②のどちらか一方

~~① 添付書類なし（医師・助産師又は市区町村長が証明するところの欄への記載が必要）~~

② 1. 合意文書のコピー（直接支払制度を利用した旨の文書が記載されたもの）

2. 出産費用明細書のコピー（出産日・専用請求書の内容と相違ない旨の文章が記載されたもの）

※ ①の場合に医療機関等での出産費用が法定給付額（42万円または39万円）に満たない時は医療機関等からの請求で差額が判明次第お支払いさせていただきます。

②の場合は、医師・助産師又は市区町村長が証明するところの欄への記載は不要です。また、医療機関等での出産費用が法定給付額（42万円または39万円）に満たない時には差額も付加金と一緒に支払いさせていただきます。

(2) 直接支払制度を利用しない場合（直接支払制度を利用 した・しない のしないに○印を付けた時）

1. 合意文書のコピー（直接支払制度を利用しない旨の文書が記載されたもの）

2. 領収・明細書のコピー（産科医療補償制度加入医療機関等で出産した場合には証明となるスタンプが押印されたもの）

① 合意文書のコピー（直接支払制度を利用した旨の文書が記載されたもの）のみの場合（医師・助産師又は市区町村長が証明するところの欄への記載が必要）