

「出産育児一時金請求書」 記入の手引き（被保険者用）

請求条件について

妊娠4か月（85日）以上で出産したこと。早産・死産・流産等も請求給対象として含まれます。  
 （注）「直接支払制度」または「受取代理制度」を利用した場合、この用紙での請求はできません。

記入方法について （下記の丸数字は申請書の丸数字と照合してください。）

- ① 当組合へ提出する日を必ず記入ください。
- ② 保険証に記載されています。
- ③ 保険証に記載されています。
- ⑦ ⑦-1で「はい」の場合、下記「添付書類」をご覧ください。
- ⑩ 多児の場合、全員の氏名を記入ください。
- ⑪ 給付金は給料に含めて事業所（会社）より支給されるため、被保険者が在籍している場合は、記入ください。  
 退職予定の場合は、事業所（会社）担当者へ委任状が必要かどうか確認をお願いします。
- ⑫ 退職者または⑩の委任状が不要の方は、振込希望先（被保険者名義）を記入ください。

【添付書類】

※いずれの場合も写し（コピー）をお願いします。

◎国内出産の場合

1. 医療機関から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類  
 （領収書・明細書等に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合はその書類）
2. 領収書・明細書  
 （産科医療補償制度の対象分娩である場合は、その旨を証する所定の押印のあるもの）
3. 下記に当てはまる場合

該当する項目	添付書類
⑦-1 「はい」の場合	現在加入している健康保険証のコピー
医師・助産師または市区町村長の証明が受けられない場合	・出生が確認できる書類 （母子手帳（市区町村長の証明印がある頁）、出生届受理証明書、住民票、戸籍謄（抄）本など） ・死産の場合、死産が確認できる書類 （死産証書（死胎検案書）など）

◎海外出産の場合

現地発行の出産証明書およびその日本語翻訳分（翻訳者の氏名・住所明記）

□には該当する方に☑を付してください。

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書 交付印

<被保険者記入用> 1枚目

※ 印刷は、A4片面でお願いします。

1 当組合へ提出する日を必ず記入ください。

※ 印刷は、A4片面でお願いします。

3. 2. 1. この欄の記入方法は、消すことのできない筆記用具を使用してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）

① 提出日 令和 年 月 日

② 被保険者証 記号 番号 ③ 事業所名（会社名）

④ 被保険者氏名 (フリガナ) ⑤ 生年月日

⑥ 現住所 (〒 - ) 電話 ( )

⑦-1 退職後6か月以内の出産ですか。  はい  いいえ

被保険者の場合

上記「はい」の場合

退職年月日 令和 年 月 日

加入している健康保険  健康保険組合  全国健康保険協会  共済組合  国民健康保険

上記名称

※1 「はい」の場合、現在加入の被保険者証のコピーを添付してください。  
 ※2 現在加入の健康保険で「出産育児一時金」を請求する場合、当組合での支給はできません。  
 （同一の出産で重複請求をすることはできません）

⑦-2 出産した者の氏名 生年月日  昭和 年 月 日  平成

家族の場合

当組合加入後、6か月以内の出産ですか。  はい  いいえ

上記「はい」の場合

当組合加入前に加入している健康保険について  健康保険組合  共済組合  全国健康保険協会  国民健康保険

健康保険証記号・番号 -

左記名称

※ 上記で加入していた健康保険へ請求する場合、当組合での支給はできません。  
 （同一の出産で重複請求をすることはできません）

⑧ 出産年月日 令和 年 月 日 ⑨ 産児数 人 ⑩ 出生児の氏名

⑪ 被保険者が在籍の場合 委任欄 この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。  
 被保険者氏名

被保険者が任意継続または退職（予定）の場合 振込先 銀行・農協 支店 預金種別  普通  当座  
 信金・信組 出張所

⑫ 振込先 口座番号 口座名義 (フリガナ)

