

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金請求書

(直接支払制度や受取代理制度を利用しない場合・海外出産の場合)

令和 年 月 日 提出

被保険者が記入するところ
被保険者証の記号と番号
社員番号
被保険者住所
事業所名
出産した年月日
被扶養者が出産した場合はその方の
出生児の氏名
■下記に該当する場合、右欄に保険者名・記号番号等を記入
1. 「被保険者が退職後6か月以内の出産」の場合、現在加入している保険者(健保組合等)の名称、その組合等での被保険者記号・番号等
2. 「被扶養者が認定後6か月以内の出産」の場合、以前加入していた保険者の名称、記号・番号等

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ
出産した年月日
生産又は死産の別
上記のとおり相違ないことを証明する。
医療施設名の名称・所在地
医師・助産師名
本籍
出生届出日
上記のとおり相違ないことを証明する。
市区町村長名

委任状
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。
被保険者(申請者)

※やむを得ない理由により、委任払いを希望する場合には、ご申請の前に健康保険組合までご連絡ください。

支払金融機関
金融機関コード
銀行
支店コード
本店
支店
口座番号(7桁)
名義人(被保険者名義)

受付日付印

- 添付書類
① 医師または助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類または市区町村が発行した戸籍謄本(抄本)
② 医療機関等から交付される合意文書(写) ※海外で出産した場合は必要なし
③ 医療機関等から交付される領収・明細書(写)
④ 海外で出産した場合は、医療機関または公的機関から発行された出生証明書(原本)・領収・明細書(原本)・和訳(翻訳者の住所、署名捺印あるもの)

社会保険労務士の提出代行者印