

出産育児一時金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名 (または勤務していた事業所名)				
	被保険者(請求者)氏名	フリガナ 氏 名	印					
	被保険者(請求者)住所	〒			自宅電話番号			
					携帯電話番号			
	出産年月日	平成	年	月	日	死産のときはその旨		
	出産した方の氏名 生年月日	昭和・平成			年	月	日	出生児の氏名 (第 子)
	出生児が被保険者の被扶養者であるか	ア ある イ ない [理由]						
	被保険者が出産した時に記入			家族が出産した時に記入				
	被保険者資格取得日・喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は			被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は				
	取得日以前 又は 喪失日以降の 健康保険証の	記号	番号	認定日以前の 健康保険証の	記号	番号		
	健康保険の 名 称				健康保険の 名 称			
	加入者氏名				加入者氏名			
	加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者			加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者		
	勤務先名			勤務先名				

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	平成	年	月	日	生産 死産の別	生産	死産			
	出生児数	単胎・多胎 (児)					死産(妊娠 ヵ月または 週)				
	うえのとおり相違ないことを証明する。						平成	年	月	日	電話番号
	医療機関の所在地						印				
	医療機関の名称										
	医師・助産師名										
本 籍						筆頭者氏名					
出生届出日	平成	年	月	日	出生児氏名	出生年月日	平成	年	月	日	
うえのとおり相違ないことを証明する。						平成	年	月	日	電話番号	
市 区 町 村 長 名						印					

市区町村長の証明は、出生届が出されている場合に限られます。

受 付 日 付 印	受 取 り 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します		
		被保険者(請求者)氏名	印	
		住 所		
		代理人の 氏 名	印	

事業主に受領委任する場合、「支払金融機関欄」は会社の口座を記入し、それ以外は個人口座を記入して下さい。
金融機関コードは必ず記入して下さい。

支 払 金 融 機 関	金融機関コード	支店番号			
	銀行・金庫			本店・支店	
	口座番号	普通・当座			
	口座名義 (カタカナで)				

ご記入・ご提出の際には、必ず裏面の留意事項をご確認下さい。

この請求書に記載されている個人情報には支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。
欄は同一印をご使用ください。

留意事項

1. この申請書の提出に当たって、表面の「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の欄に出生した医療機関の医師・助産師 又は 出生届を提出した市区町村の窓口にて証明を受けた上でご提出ください。
(死産の場合には、必ず医師の証明を受けた上でご提出ください。)

2. 平成21年1月1日以降に出産された場合は、下記の添付書類のご提出も必要です。
出産された医療機関で交付される【出産費用の領収書(写)】
(産科医療補償制度加入の医療機関でご出産された場合、
「産科医療補償制度加入の加算対象出産であることを証するスタンプ」の
押印がなされています。)



産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後に
出産した場合は42万円となります。

産科医療補償制度未加入の医療機関での出産や在胎週数22週未満での出産の場合は39万円となります。

3. 平成21年10月1日以降に出産された場合は、下記の添付書類のご提出も必要です。
出産された医療機関で交付される【合意文書(写)】
(この文書には「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」
及び申請先となる「保険者名」が記載されています。)

4. 被保険者の資格喪失後の出産による請求の場合は、上記添付書類の他に
出産日に加入している健康保険等の【被保険者証(写)】
を添えてご提出ください。)

[問合せ先・書類提出先]
全日本理美容健康保険組合
〒103-0011
東京都中央区日本橋大伝馬町1-7
イトーピア大伝馬町ビル4F
Tel: 03-6661-6106
Fax: 03-5652-5757