

出産育児一時金を請求するとき

被保険者または被扶養者の妊娠 85 日以上の出産については、「出産育児一時金請求書」または「出産育児一時金等内払金支払依頼書」にてご請求ください。1 児につき 42 万円（22 週未満の出産の場合や、産科医療補償制度未加入の病院で出産した場合は 39 万円）が支給されます。

直接支払制度（ ）を利用しない場合

申請書類：「出産育児一時金請求書」（単票） 医師または市区町村長の証明が必要です。

請求期限：出産日より 2 年以内

添付書類：「医療機関の領収明細書（写）」

「直接支払制度を利用しない旨の文書（写）」

資格喪失後 6 ヶ月以内の場合「出産日に加入している健康保険等の保険証（写）」

被保険者		出産育児一時金 請求書			
被保険者証	記号	1234	番号	9999	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	ケンボ タロウ	健保 太郎	株式会社	この請求書に印をご使用ください。
被保険者(請求者)住所	〒	130 0026	東京都中央区日本橋大伝馬町	自宅電話番号	03-1234-5678
				携帯電話番号	090-1234-5678
出産年月日	平成	22	年	2	月
					21
出生した方の氏名	健保 花子	出生児の氏名	健保 小太郎	(第 2 子)	
出生年月日	昭和	48	年	3	月
					3
出生児が被保険者の被扶養者であるか	ア 有る 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				
健康保険の名称	記号	番号	1234	番号	567
加入者氏名	ABC健康 健保 花子				
加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者				
勤務先名	株式会社				
取得日以前又は喪失日以降の健康保険証の加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者				
勤務先名	株式会社				
医師・助産師又は市区町村長が証明する	出産した年月日	平成	年	月	日
	出生児数	単胎	・	多胎	(児)
	生産の別	生産	・	死産	
	死産(妊娠 週間)	死産(妊娠 週間)	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
	医療機関の所在地	電話番号			
	医療機関の名称	印			
	医師・助産師名	印			
本籍	籍	筆頭者氏名	印		
出生届出日	平成	年	月	日	出生年月日
	出生児氏名	出生年月日	平成	年	月
	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	印			
長名	印				
受取り代理人の欄	本請求に基づき(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	印			
	代理人の氏名	印			
支払金融機関	金融機関コード	123	支店番号	111	
	銀行	金庫	本店	支店	
	口座番号	普通	当座	1	2
	口座名義(カタカナで)	ケンボ タロウ			

被保険者・被扶養者の別をで囲んでください。

資格取得日・喪失日より6ヶ月以内の出産の場合のみ、ご記入ください。

被保険者印を必ずご捺印ください。

被扶養者になってから6ヶ月以内の場合のみ、ご記入ください。

被保険者以外の方が療養費を受け取る場合には、被保険者氏名のご記入と被保険者印をご捺印のうえ、代理人の欄にご記入・ご捺印ください。

被保険者本人の振込口座をご記入ください。なお、代理人の方が受け取る場合には代理人の口座をご記入ください。