

健 保 組 合				事業所
常務理事	事務長		担当者	確認印

(被保険者・被扶養者)

# 出産育児一時金請求書

⑨退職後にこの請求書を申請されるときは、今加入している保険証のコピーを添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 保険証の記号・番号	—	② 被保険者の標準報酬月額	千円
	③ 事業所の名称			
	④ 被保険者の氏名		⑤ 被保険者の生年月日	年 月 日
	⑥ 分娩者の氏名		⑦ 分娩者の生年月日	年 月 日
	⑧ 出産年月日	年 月 日	⑨ 死亡のときはその旨	
	⑩ 出産した場所	医療施設等の名称		
		医療施設等の所在地		
	⑪ 出生児の氏名		⑫ 出生児の生年月日	年 月 日
	⑬ 他制度からの給付	他制度から出産育児一時金の給付を (受けている 受けていない)		
	⑭ 備考			
上記のとおり申請します。				年 月 日
被保険者の住所				
氏名				印
高島屋健康保険組合理事長 殿				

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 が 証 明 す る 欄	⑮ 出産年月日	年 月 日	⑯ 生産・死産の別	生 産・死 産 (妊娠第 月又は第 週)	
	⑰ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児)			
	上記のとおり相違ないことを証する。				年 月 日
	医療施設の名称・所在地				
	医師・助産師名				印
⑱ 本 籍		⑲ 筆頭者氏名			
⑳ 出生届出日	年 月 日	㉑ 出生児氏名	㉒ 出生年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証する。				年 月 日	
市区町村名				印	

委 任 状	私は 事業主 を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	年 月 日請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)の受領に関すること。			
	被保険者の住所			
	氏名 印			
代理人(事業主)の住所				
氏名 印				

- \*生産・死産の別は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第○月又は第○週であったかを記入してください。
- \*直接支払制度を利用しない、または利用しているが差額申請を先にされる方は、領収書の写しを必ず添付してください。
- \*産科医療補償制度のある医療機関の場合は産科医療補償制度のスタンプの押印された領収書(写)が必要です。

《健保記入欄》

資格取得日	年 月 日	支給日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日	支給額	円

受付印

(出産育児一時金請求書の記入上の注意)

1. 標題は、被保険者は出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは、「被扶養者」を○印で囲んでください。
2. ⑩欄の出産した場所は、出産した病院、診療所または助産所などの医療施設名を記入してください。  
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑪、⑫欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
4. ⑬他制度からの給付欄には、他の医療制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
5. ⑭備考欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を記入し新しい保険証のコピーを添付してください。また生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
6. 医師または助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。