

被保険者（従業員）が出産したとき：退職者用

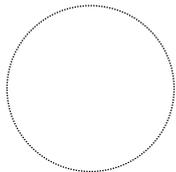
・ 出産時、配偶者の健康保険に被扶養者として加入されている方は、配偶者が申請される「家族出産育児一時金」のどちらか一方を請求してください。

被保険者 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号	*	会社名	*****	所属	*****
	証の 番号	*****	事業所	*****	氏名No.	*****
	被保険者の現況	退職後6ヵ月以内		退職年月日	令和 *年 **月 **日	
	出産した年月日	令和 *年 **月 **日				
	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在				
		生産の場合出生人数 (1 人) 死産の場合死産児数 (人)				
	上記のとおり請求いたします。	この請求書を記入した日付		請求書は、被保険者が自署し、必ず確認欄にチェックをしてください		この届出は、申請者本人が作成したものに相違ありません
	令和 *年 **月 **日					
	被保険者 住所	〒***** **市**区**町*-*				
	氏名(戸籍名)	健保 花子				
振込先	***	銀行	***	支店	口座番号 普通 *****	口座名義(カナ) ケンポ ハナコ

医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明	分娩年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単児・多児 (児)	
	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	医師または助産師の証明を受けてください		
	名称・所在地				
	氏 名				

健保組合受付



注意事項・添付書類等

- 医療機関等から交付された「費用の内訳を記した領収書」(写し)を添付してください。
- 1児につき出産育児一時金50万円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合は48万8千円)です。
- 鉛筆書き、記入漏れは受け付けられません。
- 退職後、夫の被扶養者となられた方は、被保険者本人として塩野義健康保険組合に請求されるか、被扶養者として夫の加入している保険者に請求されるか、いずれか一方のみの請求となります。