

**【被保険者（従業員）が出産したとき】**

**【扶養している家族が出産したとき】**は次ページをご覧ください

塩野義健康保険組合理事長殿

塩野義健保組合まで提出してください。

被保険者  
家族

**出産育児一時金請求書**

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号 ×	分室 ××	氏名 No. ×××××
	番号	×××××	所属 ×××	
	家族による出産の場合	家族氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 続柄
	出生児の氏名	健保 一郎	生年月日	令和 1 年 5 月 1 日 続柄 長男
	出生児の氏名		生年月日	令和 年 月 日 続柄
	出生児があなたの被扶養者かどうか	<input type="checkbox"/> 1. 被扶養者である <input checked="" type="checkbox"/> 2. 被扶養者でない (理由 <input checked="" type="checkbox"/> ① 配偶者の被扶養者のため・ <input type="checkbox"/> ② その他 ( ) )		
	上記により「出産育児一時金を請求いたします。 令和 1 年 5 月 15 日 被保険者 (〒 541 - 0045) 住所 大阪市中央区道修町 2 - 2 - 6 氏名 (戸籍名) 健保 花子 印			
受取委任の欄	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。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) 令和 1 年 5 月 15 日 被保険者氏名 (戸籍名) 健保 花子 印			

・双子が出生した場合でも請求書の提出枚数は1枚で結構です。「出生児の氏名」欄に二人の氏名を記入してください。

記入不要。

双子の場合に記入

出産育児一時金請求書を記入した日付を記入。

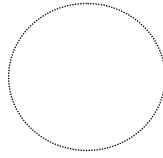
医 師 助 産 婦 の 証 明	分娩年月日	令和 1 年 5 月 1 日	出生児の数	単児・多児 ( 単児 )
	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 40 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 〒553-0002 令和 1 年 5 月 10 日 住所 大阪市福島区鷺洲 5 丁目 1 2 番 4 号 氏名 福島 次郎 印			

医師助産婦の証明を受ける。

健保組合受付

**注意事項・添付書類等**

- ・医療機関から交付された「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 42 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 40 万 4 千円) です。
- ・鉛筆書き、記入・捺印漏れは受付られません。
- ・家族出産育児一時金請求の対象者は、塩野義健康保険組合の被扶養者である方です。
- ・被扶養者が分娩日前 6 ヶ月以内に他の保険者の被保険者であった場合、今まで加入されていた保険者の発行する「出産育児一時金」を支給しない旨の証明が必要です。



【扶養している家族が出産したとき】

塩野義健康保険組合理事長殿

被保険者  
家族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	×	分室	×	×	氏名 No.	×××××	
	番号	×	×	×	×	×			
受 取 委 任 の 欄	家族による 出産の場合	家族氏名	健保 花子		生年月日	☐昭和 ☑平成 2年 5月 3日		続柄	妻
	出生児の氏名	健保 一郎		生年月日	令和 1年 5月 1日		続柄	長男	
	出生児の氏名			生年月日	令和 年 月 日		続柄		
出生児があなたの被扶養者かどうか		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被扶養者である <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者でない (理由 <input type="checkbox"/> ① 配偶者の被扶養者のため・ <input type="checkbox"/> ② その他 ( ) )							
上記により「出産育児一時金」を請求いたします。		令和 1年 5月 15日 被保険者 (〒 541 - 0045) 住所 大阪市中央区道修町 2 - 2 - 6 氏名 (戸籍名) 健保 太郎 (印)							
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。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。		令和 1年 5月 15日 被保険者氏名 (戸籍名) 健保 太郎 (印)							

・出産した家族が他健保へ出産育児一時金を請求できる場合は、どちらか一方の請求となります。  
・双子が出生した場合でも請求書の提出枚数は1枚で結構です。  
「出生児の氏名」欄に二人の氏名を記入してください。

被保険者(従業員)から見た続柄を記入。

双子の場合に記入

出産育児一時金請求書を記入した日付を記入。

医 師 助 産 婦 の 証 明	分娩年月日	令和 1年 5月 1日	出生児の数	単児・多児 (単児)	
	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 40 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
〒553-0002 令和 1年 5月 10日 住所 大阪市福島区鷺洲 5丁目 12番 4号 氏名 福島 次郎 (印)					

医師助産婦の証明を受ける。

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42万円(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40万4千円)です。 ・鉛筆書き、記入・捺印漏れは受けられません。 ・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。	

