

被保険者
家族

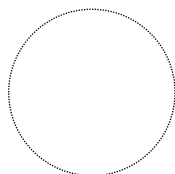
出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号	会社名	所 属		
	証の 番号	事業所	氏名No.		
	家族による出産の場合 家族の氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄
	出産した年月日	令和 年 月 日			
	生産または死産の別	<input 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 (人) 死産の場合死産児数 (人)				
	上記のとおり請求いたします。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名(戸籍名)				
	この届出は、申請者本人(被保険者)が作成したものに相違ありません 確認欄 <input type="checkbox"/>				
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、必ず記入してください。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) 令和 年 月 日 被保険者氏名(戸籍名)				

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 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。
- 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。