

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

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

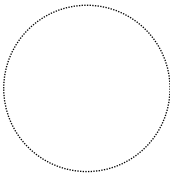
被保険者 記号	*	会社名	*****		所 属	*****	
証の 番号	*****	事業所	*****		氏名No.	*****	
家族による出産の場合 家族の氏名	記入不要		生年月日	昭和 平成	年	月	日
出産した年月日	令和 *年 **月 **日						
生産または死産の別	☒ 1. 生産 ☐ 2. 死産 ☐ 3. 生産・死産混在						
	生産の場合出生人数（ 1 人） 死産の場合死産児数（ 人）						
上記のとおり請求いたします。	この請求書を記入した日付		請求書は、被保険者が自署し、必ず確認欄にチェックをしてください		この届出は、申請者本人（被保険者）が作成したものに相違ありません		
令和 *年 **月 **日	〒*****				確認欄 ☒		
被保険者 住 所	**市**区**町*-*						
氏 名（戸籍名）	健保 花子						
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） 健保 花子						

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。	医師または助産師の証明を受けてください		
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。

被保険者
家 族

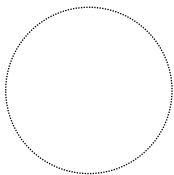
出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

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	健保 花子		生年月日	昭和 平成	*年 **月 **日	続柄	妻
	出産した年月日	令和 *年 **月 **日						
	生産または死産の別	☒ 1. 生産 ☐ 2. 死産 ☐ 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。 令和 *年 **月 **日 〒***** 被保険者 住 所 *****市**区**町*-* 氏 名 (戸籍名) 健保 太郎	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（被 保者）が作成 したものに相違 ありません 確 認 欄 ☒		
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) 健保 太郎							

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	医師または助産師の証明を 受けてください		

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。