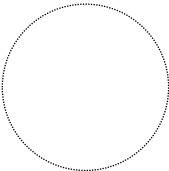


被保険者 出産育児一時金請求書

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 ヶ月以内		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	☐ 1. 生産 ☐ 2. 死産 ☐ 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、申請者本人が作成したものに相違ありません 確 認 欄 ☐					
振込先	銀行	支店	口座番号	口座名義 (カナ)		
			普通			

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。
- 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。