

直接支払制度を利用しない方用

健康保険 被保険者
家族 出産育児一時金(付加金)請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②事業所の名称		
	③ 被保険者 (請求者)の氏名 (自書)	(フリガナ)		④被保険者(請求者)の生年月日 昭和 平成 年 月 日	
	⑤ 被保険者 (請求者)の住所	〒			
	⑥ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑦ 出産児数 人	⑧ 死産児数 人	⑨ 死産のときはその妊娠経過期間 妊娠 ケ月・ 週
	⑩ 被扶養者(家族) が出産した場合 その氏名・生年月 日及び続柄	(フリガナ) 氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日	続柄	
証 明 す る と こ ろ 医 師 ・ 助 産 師 が	出産した年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ケ月・ 週)	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日		
	医療機関等の 所在地・名称	医師・助産師名 電話番号		印	
証 明 す る と こ ろ 市 区 町 村 長 が	本籍		筆頭者氏名		
	出生年月日	令和 年 月 日	出生届出日	令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日		
	市区町村長名	印		電話番号	

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日 提出

添付書類

- ①医療機関等との「直接支払制度合意文書」原本
(直接支払制度を利用しない旨及び請求先の保険者が当健保である旨を記載したもの)
- ②出産費用を精算した際に医療機関等から交付された「領収・明細書」のコピー
(産科医療補償制度対象の分娩については証明するスタンプが押されているもの)

受付日付印(健保使用欄)

注意事項

- ①出産(出生)の証明は、医師・助産師または市区町村長のいずれか一方で受けてください。