

健康保険組合

被保険者 出産育児一時金
 家族 出産育児付加金

請求書・内払金支払依頼書

被保険者証記号番号	被保険者(請求者)氏名 ※1 (フリガナ)	住 所	
		〒	
	印	屋間連絡先 TEL() -	
出産者の氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄	01:本人 12:妻 31:長女 32:次女 33:三女 その他()
出産者の生年月日	年 月 日生		
出産年月日	年 月 日		
出生児氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄	21:長男 22:次男 23:三男 31:長女 32:次女 33:三女 その他()
生産又は死産等の別	1. 生産 2. 死産 3. 流産 死産・流産のときは日数(日)		
出生児氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄	21:長男 22:次男 23:三男 31:長女 32:次女 33:三女 その他()
生産又は死産等の別	1. 生産 2. 死産 3. 流産 死産・流産のときは日数(日)		
出生児氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄	21:長男 22:次男 23:三男 31:長女 32:次女 33:三女 その他()
生産又は死産等の別	1. 生産 2. 死産 3. 流産 死産・流産のときは日数(日)		
直接支払制度利用の有無 ※2	1. あり 2. なし	<被保険者が出産した場合> 資格取得または資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか	1. はい 2. いいえ
保険診療の有無 (帝王切開等)	1. あり 2. なし		
出産の場所	所在地	取得前、喪失後の保険の種類	1. 国保 2. 健保 3. 無加入 4. その他()
	名称	<被扶養者が出産した場合> 被扶養者認定後6ヶ月以内の出産ですか	1. はい 2. いいえ
		認定前の保険の種類	1. 国保 2. 健保 3. 無加入 4. その他()

※1 被保険者(請求者)氏名欄の押印は被保険者(請求者)が自署した場合は不要です。
 ※2 健保組合が、病院、診療所、助産所等(以下、「医療機関等」)に対し、出産育児一時金(家族出産育児一時金)を直接支払う制度です。
 参考) 受取代理制度は、小規模の医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金(家族出産育児一時金)を受け取る制度です。
 受取代理制度を利用した場合、「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」にて申請していただきますので、本様式による申請は不要です。
 [様式「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」は、医療機関等から入手してください。]

添付資料	【直接支払制度を利用したとき】 <input type="checkbox"/> 直接支払制度利用の合意文書「写」	【直接支払制度を利用しなかったとき、及び制度改正前(H21.9.30以前)に出産したとき】 <input type="checkbox"/> 直接支払制度未利用の意思表示をした合意文書「写」(H21.10.1以降の出産) <input type="checkbox"/> 医師又は助産師の証明書「原本」もしくは戸籍謄本「原本」
	直接支払制度利用・未利用時の出産、制度改正前のお産 <input type="checkbox"/> 領収・明細書「写」(産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産したときは、所定スタンプ押印のもの) <資格取得後6ヶ月以内の出産、被扶養者認定後6ヶ月以内の出産又はNTT健保資格喪失後6ヶ月以内の出産のとき> <input type="checkbox"/> 以前、加入していた健保組合、又は現在加入している健保組合等から取得した出産育児一時金不支給証明書 <上記の不支給証明をもらえないとき又は国保加入のとき> <input type="checkbox"/> 出産育児一時金の請求に係る他保険加入確認書 [様式：医第12号] 又は無保険期間申立書 [様式：医第28号]	

健康保険組合	受付	審査	[1次]	[2次]	処理
--------	----	----	------	------	----