

直接支払制度を利用しなかった場合・海外で出産された方

記入例

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 証 の 記 号 - 番 号	8500 — 〇〇〇〇	事業所の名称	〇〇〇〇事業所
社 員 番 号	〇〇〇〇〇〇〇	所 属	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被 保 険 者 の 氏 名	健保 太郎	被 保 険 者 の 生 年 月 日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
出 産 年 月 日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	死 亡 の と き は そ の 旨	
出 産 し た 場 所	医療施設等の名称 〇〇〇〇クリニック 医療施設等の所在地 〇〇県〇〇市〇〇		
家族の出産であるときはその方の氏名	氏名 健保 花子	出 産 し た 方 の 生 年 月 日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
出 生 児 の 氏 名	健保 愛子	出 生 児 の 生 年 月 日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ☒ ある ☐ ない	出生児が被扶養者でないときはその理由	
他制度から給付を受けているかどうか	☐ 受けている ☐ 受けていない		被扶養者でない場合の記入例・・・ ・夫の扶養に入るため
給 付 金 振 込 先	給与振込口座		
備 考			

上記のとおり申請します。

〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所

〒〇〇〇-〇〇〇〇

奈良県〇〇市〇〇-〇〇

被保険者の

氏名

健保 太郎

電話番号

(〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

(会社支給の携帯電話をお持ちの方はその番号をご記載ください)

D M G 森精機健康保険組合理事長 殿

分娩の証明はA 医師・助産師またはB 出生届を提出した市町村にて取得してください。

A 医師又は助産師の証明欄		
分娩年月日	年 月 日	
出産区分	生 産 ・ 死 産 (妊娠 週 日)	
生産・死産児数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日		
医療施設の名称・所在地		
医師または助産師名		
印		

B 市町村の証明欄 ※死産の場合はAで証明を取得してください	
本 籍	
筆頭者氏名	
出生届提出日	
出生児氏名	
出生年月日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日	
所在地	
市区町村長名	印

【添付書類】

- 医療機関から交付される出産費用明細書（・出産日・出生児数・代理受取額等が記載されています）の写し（産科医療補償制度に加入している医療機関での出産の場合は、加入機関の所定のスタンプが押印されたもの）
- 医療機関から交付される合意文章の写し（直接支払制度を利用しない旨の記載のあるもの）
- 【海外での出産の場合】は、出生証明書の写しのみご提出ください。