出産育児一時金を請求するとき

被保険者及びその被扶養者が出産されたときには、出産育児一時金を請求できます。
1 児につき 50 万円（22 週未満の出産の場合や、産科医療補償制度未加入の病院で出産した場合は 48.8 万円）が支給されます。
※令和 5 年 3 月末日までの出産は、1 児につき 42 万円（産科医療補償制度未加入の病院で出産した場合や同制度対象外の出産の場合は 40.8 万円）が支給されます。

病院で出産費を全額支払った場合

申請書類：「出産育児一時金請求書」※医師または市区町村長の証明が必要です。
請求期限：出産日より 2 年以内
添付書類：「直接支払制度を利用しない旨の文書（写）」
「医療機関の領収明細書（写）」（産科医療補償制度加入機関で出産した場合は産科医療補償制度の対象分娩である旨、印字やスタンプ等により明記されたもの）

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ところ

被保険者証	記号	123	番号	9999	事業所名（または勤務していた事業所名）
被保険者 氏名（請求者）	フリガナ / 氏名	ケンポ タロウ / 健保 太郎			株式会社〇〇〇〇
被保険者住所（請求者）	〒 〇〇〇 ― 〇〇〇〇 東京都中央区日本橋大伝馬町〇-〇 〇〇アパート〇号室				自宅電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 / 携帯電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
出産年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		生産または死産の別		生産・死産・生産死産混在
出産した方の氏名 生年月日	健保 花子 昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日		死産の場合、妊娠からの週数及び日数		満 週 （ ）日
出生児が被保険者の被扶養者であるか	ア ある　イ ない［理由				

被保険者が出産した時に記入 被保険者資格取得日・喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は				被扶養者が出産した時に記入 被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は			
取得日以前又は喪失日以降の健康保険証の	記号		番号	認定日以前の健康保険証の	記号	1234	番号 567
	健康保険の名称				健康保険の名称	〇〇〇健保	
	加入者氏名				加入者氏名	健保 花子	
	加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者			加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者	
	勤務先名				勤務先名	株式会社 △△△	

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

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・生産死産混在
出生児数	単胎・多胎（ 児）		死産（妊娠 カ月または 週）
うえのとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	電話番号	
医療機関の所在地 / 医療機関の名称 / 医師・助産師名	印		
本籍			
出生届出日	令和 月 日		
うえのとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	電話番号	
市区町村長名	印		

医師・助産師又は市区町村の証明を受けてください。
死産の場合は医師・助産師に限って証明を受けてください。

◎ 市区町村長の証明は、出生届が出されている場合に限られます。

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します
被保険者（請求者）氏名
代理人の 住所 / 氏名

★事業主に受領委任する場合、「支払金融機関欄」は会社の口座を記入し、それ以外は個人口座を記入してください。

支払金融機関欄

金融機関コード	1234	銀行・金庫	支店番号	1234	本店・支店			
口座番号	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
口座名義（カタカナで）	ケンポ タロウ							

★ ご記入・ご提出の際には、必ず裏面の留意事項をご確認ください。　R4.6

全日本理美容健康保険組合

◎この請求書に記載されている個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

被保険者・被扶養者（家族）、対象の種別を〇で囲んでください。

被保険者名は、必ず自署でご記入ください。

資格取得日・喪失日より 6 ヶ月以内の出産の場合のみ、ご記入ください。

被扶養者になってから、6 ヶ月以内の場合のみ、ご記入ください。

医療機関または、市町村に証明をご依頼ください。

被保険者以外の方が、給付金を受け取る場合には、被保険者氏名と、代理人の氏名住所を、それぞれ自署でご記入ください。

被保険者本人の振込口座をご記入ください。
なお、代理人の方が受け取る場合には代理人の口座をご記入ください。