

出産育児一時金を請求するとき

被保険者または被扶養者の妊娠 85 日以上の出産については、「出産育児一時金請求書」または「出産育児一時金等内払金支払依頼書」にてご請求ください。1 児につき 42 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 39 万円）が支給されます。

直接支払制度（ ）を利用しない場合

申請書類：「出産育児一時金請求書」（単票） 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：「医療機関の領収明細書（写）」

「直接支払制度を利用しない旨の文書（写）」

資格喪失後 6 ヶ月以内の場合「出産日に加入している健康保険等の保険証（写）」

被保険者		出産育児一時金 請求書	
被保険者証	記号 1234 番号 9999	事業所名 (または勤務していた事業所名)	
被保険者(請求者)氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	健康保険証	株式会社
被保険者(請求者)住所	〒130 0026 東京都中央区日本橋大伝馬町	自宅電話番号	03-1234-5678
		携帯電話番号	090-1234-5678
出産年月日	平成 22 年 2 月 21 日	死産のときはその旨	
出産した方の氏名	健保 花子	出生児の氏名	健保 小太郎
出生年月日	昭和 48 年 3 月 3 日		(第 2 子)
出生児が被保険者の被扶養者であるか	ア 有る イ ない [理由]		
被保険者が出産した時に記入	家族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加入区分	健康保険の名称	認定日以前の加入者氏名	健康保険の名称
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
記号	記号	番号	番号
1234	1234	567	567
健康保険の名称	健康保険の名称	加入者氏名	加入者氏名
ABC健康	ABC健康	健保 花子	健保 花子
加入区分	加入区分	勤務先名	勤務先名
自身・親の扶養者・夫の扶養者	自身・親の扶養者・夫の扶養者	株式会社	株式会社
勤務先名	勤務先名		
株式会社	株式会社		
出生した年月日	平成 年 月 日	生産の別	生産 死産
出生児数	単胎・多胎 (児)	死産(妊娠 週間)	死産(妊娠 週間)
うえのとおり相違ないことを証明する。	平成 年 月 日	電話番号	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	籍	筆頭者氏名	
出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 平成 年 月 日
うえのとおり相違ないことを証明する。	平成 年 月 日	電話番号	電話番号
長名	印		
本請求に基づき(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	住所	代理人の氏名
事業主に受領委任する場合「支払金融機関」は会社の口座を記入し、それ以外は個人口座を記入して下さい。金融機関コードは必ず記入して下さい。	金融機関コード	123	支店番号
	支店番号	111	支店
支払金融機関	銀行 金庫	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)	ケンボ タロウ		

被保険者・被扶養者の別をで囲んでください。

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。

被保険者以外の方が療養費を受け取る場合には、被保険者氏名のご記入と被保険者印をご捺印のうえ、代理人の欄にご記入・ご捺印ください。

被保険者印を必ずご捺印ください。

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。

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。