出産（家族出産）育児一時金 請求書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　が　記　入　す　る　と　こ　ろ | 被保険者証の　記号・番号 |  |  | 事業所の名　称 |  |
| 出産した年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 生産・死産の　別 | 生　産　・　死　産 |
| 出　生　児　氏　名 |  | 出生児が被扶養者かどうか | あ　　る被扶養者でな　　い |
| 出生児が被扶養者でないときはその理由 | １．夫の被扶養者にする　　　　　　　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 退職後の出産の場合 | 夫の保険証の記号・番号及び保険者名 | 記　　号 | 番　　号 | 保　　険　　者　　名 |
|  |  | * 全国健康保険協会（　　　　　　　　）支部
* （　　　　　　　　　　　　）健康保険組合
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| この欄は被扶養者が出産したときに記入してください | 被扶養者の | 氏　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 家族が出産前６か月以内に勤務したことがあるときはその事業所の | 名　称 |  | 資格期間 | 加入していた健康保険 |
| 所在地 |  |  　　年　　月　　日～　 　年　　月　　日 | 記号・番号 | 保険者名(例:愛鉄連健保) |
| ＴＥＬ |  |  |  |  |
| （フリガナ）払渡し希望銀行の口座 |  |  | 預金の種類 | 普通当座貯蓄 | 店番 |  | 口座名義人氏名（被保険者） |
|  | 銀 行信用金庫 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  |  | 口座番号 |  | 氏名 |  |
|  | 本店支店※太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。 |

上記のとおり請求します。　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

　　　　　年　　月　　日　　　被保険者（請求者）住所

愛鉄連健康保険組合理事長 殿　 被保険者（請求者）氏名

ＴＥＬ　（　　　　）　　　　－

【**注】直接支払制度を利用しない場合は、医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写し、医療機関で退院時に渡された出産費用についての領収書(費用内訳書)及びこれに付随する明細書の写しを添付してください。**

**□　本請求書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）**

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に

☑を入れてください。

**（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また事業主様経由で提出する**

**場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証の写し等）」が必要となります。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 備 考 欄 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 金額の受領を委任するときに記入するところ | 本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。　　　年　　　月　　　日　　　　　被保険者(請求者)氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 委任された者の事業所名住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　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 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 生産・死産の別 | 生産　・　死産（妊娠　　　か月） |
| 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します。平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　医療施設の名称・所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師・助産師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 本　籍 |  | 筆頭者氏名 |  |
| 出生届出日 | 　　　　年　　月　　日 | 出生児氏名 |  | 出生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　市区町村長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和1年5月1日　改） |