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 | |  | | |  | |  | |  |
| □ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）  　注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | |  | | | 普通  当座  貯蓄 | 店番 | |  | | | | | 口座名義人氏名（被保険者） | | | |
| 払渡し希望  銀行の口座 | | 銀　　行  信用金庫 | | 本　　店  支　　店 | | | フリガナ | |  | |
| 口　座　番　号 | | | | | | | 氏名 | |  | |
|  | | | | | | |

※訂正する場合は、二重線で訂正してください。

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。  　　　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4年10月1日　改） | | | | | | | |