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	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	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	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	当座	口座番号		フリガナ
			貯蓄			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）