

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 ()							
	記 入 す る と こ ろ	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									
<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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				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	普通	口座番号	フリガナ					
			当座		氏名					
			貯蓄							

※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、備考欄に記載してください。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	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 _____

村 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 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				