

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書 (内払金請求書)

● 被保険者資格喪失後の請求については、出産日に加入している健康保険の被保険者証(写)を添付してください。
● 出産育児一時金付加金は被保険者資格喪失後の出産の場合は支払われません。
● 被扶養者(家族)が認定後6か月以内の出産の場合、被扶養者となる前に加入していた健康保険を記入してください。
● 家族出産育児一時金付加金は認定後6か月以内の出産には支払われません。
● 申請にあたり、領収書及び領収明細書の写しを添付してください。
● 直接支払制度を利用しなかった場合はさらに直接支払制度を利用しない旨の合意文書のコピーを添付してください。

被保険者証の記号、番号、被保険者(請求者)の氏名、生年月日、住所、事業所名称、被扶養者(家族)が産したため、その者の氏名、生年月日、出産した年月日、令和年 月 日、生産見数、死産見数、死産の時は、その旨、入院して産したときは、その病院・産院の名称、所在地、出生児の氏名、被保険者と出生児の続柄、出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか、ある・ない、出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由、直接支払制度の利用の有無、直接支払制度を利用した・直接支払制度を利用しない ※いずれかに○をつける

医師・助産師が記入するところ
出生した年月日 令和年 月 日 生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月 週)
出生時の数 単胎・多胎(児) 備考
上記の通り相違ないことを証明する。 令和年 月 日
医療機関の所在地
医療機関の名称
医師・助産師名 TEL
本籍 筆頭者氏名
出生した年月日 令和年 月 日 出生児氏名 出生届出日 令和年 月 日
上記の通り相違ないことを証明する。 令和年 月 日
市区町村長名 TEL

【退職者・任意継続被保険者は公金受取口座又は口座欄いずれかを記入してください】

振込先 銀行口座
金融機関名称 支店 種別 口座番号 口座名義(フリガナ)
銀行 本店 普
金庫 支店 ・
信用組合 営業部 当

※公金受取口座利用の場合は、口座欄は記入しないでください。

公金受取口座  マイナポータル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☑、利用しない場合は口座又は委任状欄を記入)

受取代理人の欄
私はこの給付金の受領を下記受任者に委任します。 令和年 月 日 令和年 月 日提出
被保険者(請求者) 住所 氏名 印 受付日印
受任者(事業所) 住所 氏名 印

社会保険労務士の提出代行者印