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資格確認書（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。

被保険者が記入するところ

被保険者等の	記号	番号	被保険者（請求者）の氏名	□本人記載確認			
				生年月日	昭・平　年　月　日		
被保険者（請求者）の住　所							
事業所名称							
被扶養者(家族)が出産したための請求であるときは、その者の	氏　名		生年月日	昭・平　年　月　日			
出産した年月日	令和　年　月　日	生産児数	死産児数	死産の時はその旨			
		人	人				
入院して出産したときはその病院・産院の	名称		所在地				
出生児の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		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　※いずれかに〇をつける						

被保険者資格喪失後6か月以内の出産であるときは、出産日に加入している健康保険を記入	被保険者証記号番号	・	被扶養者認定後６か月以内の出産であるときは被扶養者となる前に加入していた健康保険を記入	被保険者証記号番号	・
	保険者の名称	TEL　-　-		保険者の名称	TEL　-　-
	被保険者氏名			資格喪失年月日	令和　年　月　日
	勤務先名称			従前の勤務先名称	

医師・助産師又は市区町村長が記入するところ

出産した年月日	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	

出生届出日	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(ﾌﾘｶﾞﾅ)
	銀行 金庫 信用組合	本店 支店 営業部	普 ・ 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

被保険者（請求者）	住　所	
	氏　名	印
受任者（事業所）	住　所	
	氏　名	印

令和　年　月　日提出

受付日印

社会保険労務士の提出代行者印	

〇本人押印・署名の省略にあたり、被保険者本人が記載したことの確認の為「□本人記載確認」欄にチェックをしてください。

東京都鉄二健康保険組合