

【この請求書を作成する人】

「出産育児一時金」の直接支払制度や受取代理制度を利用しなかった人、または、海外で出産した人

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

① 被保険者証の記号と番号	-		② 被保険者の氏名	フリガナ		③	④
④ 被保険者の現住所	〒		TEL ()		捨印欄		
⑤ 事業所の名称	(株)	⑥ 部署名					
⑦ 資格取得年月日	平成 年 月 日	⑧ 資格喪失年月日	平成 年 月 日				
⑨ 出産した年月日	平成 年 月 日	⑩ 生・死産の別	生産・死産(妊娠第 日・週・月)				
⑪ 出生児の氏名	フリガナ		⑫ 出生児があなたの被扶養者であるかどうか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ 「被扶養者異動届」作成のうえ提出 <input type="checkbox"/> ない ⇒ <input type="checkbox"/> 夫の被扶養者になる(理由) <input type="checkbox"/> その他()			
⑬ 出産した場所(医療機関等の)	名称	所在地					
⑭ 被扶養者(家族)が出産したための請求の場合 ※選択項目には該当する方に✓をつける	氏名	続柄	生年月日	昭・平 年 月 日生			
	被扶養者の認定を受けてから6ヶ月を経過していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ⇒下欄も記入してください				
⑮ 本人の出産で退職後の請求の場合	現在加入している健康保険の名称		加入(認定)年月日	平成 年 月 日			
	認定前に加入していた健康保険の名称		<input type="checkbox"/> 被保険者として加入していた <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)として加入していた				
⑯ 払渡希望銀行 ※被保険者本人の名義に限る	銀行		支店 (普・当)				
	*口座の名義が旧姓の場合(カカナでご記入ください)						

↑ ③と同じ印を押印

医 市 師 区 町 ・ 村 助 産 師 証 明 書 欄	出産年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産			
	出生児の数	単胎・多胎(児)		<input type="checkbox"/> 死産(妊娠第 日・週・月)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療機関の名称・所在地 医師・助産師名 ④						
	本籍		筆頭者氏名				
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	平成 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長氏名 ④						

【この請求書に添付するもの】 ※海外で出産した場合は下記1と2の書類は不要

1. 医療機関から交付された「直接支払制度を利用しない旨」が記載した合意文書の写し
2. 医療機関から交付された「直接支払制度を利用しない旨」が記載された領収・明細書の写し
(産科医療補償制度加入の医療機関の場合は、専用のスタンプを押印したもの)
3. 医師・助産師または市区町村長のいずれかの出産に関する証明(本書の証明欄に記入してもらってください)
※出産証明が外国語で記載されている場合は翻訳が必要