

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	被 保 険 者 氏 名		家族出産育児一時金の請求の場合は、出産した被扶養者の氏名等				
	—	フリガナ		氏 名	旧 姓	生 年 月 日		
	被保険者の現住所 電 話 番 号	〒 —		TEL ()				
	事 業 所 の 名 称							
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)							
	出生児の氏名	フリガナ		出 産 年 月 日		生 産 ・ 死 産		
					年 月 日		出生児数 (児)	
1 または 2 に該当する方のみご記入ください								
1. 被保険者が出産し、退職後 6ヶ月以内の出産のときは 現在加入の保険	保険の名称	健康保険組合・共済組合 全国健康保険協会 支部・国民健康保険 市区町村			記号・番号	—		
2. 被扶養者が出産し、出産日より 6ヶ月以内に扶養認定された方 は扶養認定前加入の保険	保険の名称	健康保険組合・共済組合 全国健康保険協会 支部・国民健康保険 市区町村			記号・番号	—		

※被保険者名義のもの（受領委任する場合は代理人名義のもの）を記入してください。

出産育児一時金を受け取る金融機関			
銀行・金庫 組合・農協		(支)店 出張所 営業部	普通・当座
		(ゆうちょ銀行の場合は、店名(漢数字3桁)を記入)	
口座番号	フリガナ		口座名義

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	分娩年月日	年 月 日		生 産 ・ 死 産		
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		生 産 ・ 死 産 の 別		
					妊 娠 (妊 娠 第 週 又 は 第 月)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	令和 年 月 日		医療機関等の名称		TEL ()	
			医療機関等の所在地			
		医師・助産師名				
本 籍				筆頭者氏名		
出生届出日	年 月 日	出生年月日	年 月 日	出生児氏名		
上記のとおり相違ないことを証明する。						
令和 年 月 日		市区町村長名				

※出産育児一時金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の現住所・電話番号		被保険者との関係
	令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署)	〒 —		
		TEL ()		
代理人氏名		(受付年月日)		

裏面の留意事項を参考にご記入いただき、
下記添付書類とともにご提出ください。

《添付書類》

- (1) 医療機関等から交付される直接支払制度合意文書(控)のコピー
- (2) 出産費用の領収・明細書のコピー(産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、制度を証明する文言が印字等により明記されているか必ずご確認ください)

記入するときの留意事項

◀ 被保険者が記入する欄 ▶

- (1) 記入もれのないようご注意ください。
- (2) 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。

◀ 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄 ▶

- (1) 医師・助産師又は市区町村長いずれか一方の証明で差し支えありません。
- (2) 生産の場合は、これらの証明に代えて、出生児の戸籍抄本や出生届の受理証明書（母子の氏名・出生年月日が明記されたものに限る）等の添付でも差し支えありません。
- (3) 医師・助産師の証明が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所、連絡先を記載したもの）添付してください。

◀ 受取代理人の欄 ▶

- (1) この出産育児一時金の受取りを代理人に委任する場合は、記入もれのないようご記入ください。

出産育児一時金支給額について

(1) 出産育児一時金が42万円となる場合

- ・産科医療補償制度に加入の分娩機関において、在胎週数22週に達した日以降の出産（胎児数に応じて支給…双子の場合は84万円）

（領収書または請求書に産科医療補償制度に加入していることを証明する文言が印字等により明記されているか必ずご確認ください）

(2) 出産育児一時金が40万8千円となる場合

- ・産科医療補償制度未加入分娩機関での出産
- ・産科医療補償制度に加入の分娩機関であっても、在胎週数22週未満での出産（死産・流産・人工妊娠中絶を含む）

大阪港湾健康保険組合

〒552-0023 大阪市港区港晴2丁目14番25号

TEL 06-4395-4112