

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 請求書

【 医療機関等への直接支払制度を利用しないときの請求書 】

| | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------|----------|--|------------------------------------|-------------|-------------|--------|---|--|
| 請求者が記入するところ | 被保険者証の記号と番号 | — | | 被保険者の氏名 | | | | | |
| | | | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | | |
| | 被保険者の現住所 | 〒 | | | | | | | |
| | 事業所の名称 | TEL () | | | | | | | |
| | 被扶養者が出産したときその氏名・生年月日 | 氏名 | | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | | | 生産児数 | 人 | 死産児数 | 人 | |
| 出生児の氏名 | フリガナ | | | 他の医療保険制度から出産育児一時金の給付を受けていますか | | | いる・いない | | |
| 該当するとき | 資格喪失後、家族の被扶養者となつたときは、その被保険者証の ⇒ | | | 保 険 者 名 | | | 記号・番号 | | |
| | 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の ⇒ | | | 健康保険組合・共済組合 協会けんぽ 国民健康保険(組合) | | | ・ | | |

| | | | | | | | | | |
|--------|-----|------------------------|------------------|-------|--------|--|--|--|--------|
| 代理人記入欄 | 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | | | | 口座名義 |
| | | (フリガナ) 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | (フリガナ) 本店 支店 出張所 | 普通・当座 | (フリガナ) | | | | (フリガナ) |

| | | | | | | |
|------------|--------------------------------|--|--|-------------|--|----------|
| 代理人に委任するとき | 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。 | | | 代理人の氏名 | | 被保険者との関係 |
| | 令和 年 月 日 | | | フリガナ | | |
| | 被保険者住所氏名 | | | 代理人の住所・電話番号 | | |
| | | | | 〒 TEL () | | |

医師又は助産師、または市区町村長に証明を受けるところ (どちらかの証明を受けるか、裏面の証明書類を添えて下さい)

| | | | | | |
|-----------|--|------------|--|----------|------------|
| 医療機関等の証明欄 | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | | 生産又は死産の別 | 生産 (妊娠第 週) |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎 (児) | | | 死産 (妊娠第 週) |
| | 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 名称・所在地 医師・助産師名 TEL () | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|--|----------|-------|--|-------|----------|
| 市区町村長の証明欄 | 本籍 | | | | 筆頭者氏名 | |
| | 出生届出日 | 令和 年 月 日 | 出生児氏名 | | 出生年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 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 (印) | | | | | |

- ※ 添付書類については、裏面をご覧ください。
- ※ 振込銀行欄は被保険者又は代理人の口座を記入し、口座名義にはフリガナをつけて下さい。
- ※ 受取を代理人に委任する場合は、受取代理人の欄に記入して下さい。

◇ 添付書類及び記入するときの注意事項 ◇

【添付書類】

- ① 「**医師又は助産師において出産の事実を証明する書類**」、または「**市区町村長における出生の届出に係る届書に記載した事項を証明した書類**」のうちのどちらか一方を請求書に添付してください。

※ 上記の「医師等又は市区町村長」の出産を証明する書類等の添付に代えて、この請求書の「**医療機関等及び市区町村長の証明欄**」を利用して、いずれか一方の証明を受けてもらって提出しても差し支えありません。

なお、医師等の証明書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、住所等を記載したもの）を添付してください。

- ② 医療機関等から交付される「**直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨**」の合意文書の写し
- ③ 医療機関等から交付される「**直接支払制度を用いていない旨**」の記載及び、「**産科医療補償制度の加算対象出産であることを証明するスタンプ**」の押印がされている**出産費用の領収・明細書（原本）**

【出産育児一時金】

保険給付は、在胎週数13週（85日）以降の生産・死産・流産が対象となります。

【出産育児一時金の支給額】

令和5年4月1日以降の出産から、1児につき原則50万円（48.8万円と1.2万円）となります。

- (1) 産科医療補償制度に加入する医療機関等において、在胎週数22週以降の出産（死産も含む）の場合は、制度の保険料相当分として1.2万円が加算され、出産育児一時金は50万円が支給額となります。
- (2) 産科医療補償制度に加入していない医療機関等において出産した場合、又は加入している医療機関等であっても在胎週数22週未満の出産の場合の出産育児一時金は、48.8万円が支給額となります。

この請求書の記載についてわからないときは、健康保険組合業務課へおたずね下さい。