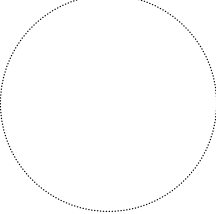


被保険者
家族

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	記号	分室	氏名 No.
		番号	所属	
	家族による出産の場合	家族氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 続柄
	出生児の氏名		生年月日	平成 年 月 日 続柄
	出生児の氏名		生年月日	平成 年 月 日 続柄
	出生児があなたの被扶養者かどうか	<input type="checkbox"/> 1. 被扶養者である <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者でない (理由 <input type="checkbox"/> ① 配偶者の被扶養者のため ・ <input type="checkbox"/> ② その他 ())		
	上記により「出産育児一時金」を請求いたします。 平成 年 月 日 被保険者 (〒 -) 住所 _____ 氏名 (戸籍名) _____ (印)			
受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) 平成 年 月 日 被保険者氏名 (戸籍名) _____ (印)			

医 師 助 産 婦 の 証 明	分娩年月日	平成 年 月 日	出生児の数	単児・多児 (児)
	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 _____ 氏名 _____ (印)			

注意事項・添付書類等	
健保組合受付 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関等から交付された「費用の内訳を記した領収書」(写し)を添付してください。 1児につき出産育児一時金42万円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合は40万4千円)です。 鉛筆書き、記入・捺印漏れは受けられません。 家族出産育児一時金請求の対象者は、塩野義健康保険組合の被扶養者である方です。 被扶養者が分娩日前6ヶ月以内に他の保険者の被保険者であった場合、今まで加入されていた保険者の発行する「出産育児一時金」を支給しない旨の証明が必要です。