

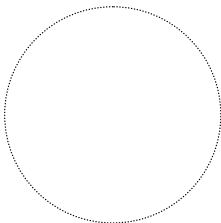
被保険者

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		
	被保険者の現況	退職後 6 ヶ月以内		退職年月日	
			平成 年 月 日		
	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					

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			

健保組合受付



注意事項・添付書類等

- ・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・捺印漏れは受け付けられません。
- ・退職後、夫の被扶養者となられた方は、被保険者本人として塩野義健康保険組合に請求されるか、被扶養者として夫の加入している保険者に請求されるか、いずれか一方のみの請求となります。