

【被保険者（従業員）が出産したとき】

【扶養している家族が出産したとき】は次ページをご覧ください

塩野義健康保険組合理事長殿

塩野義健保組合まで提出してください。

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 | 健保 一郎 | 生年月日 | 平成 30 年 4 月 1 日 続柄 長男 |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 2. 被扶養者でない (理由 <input checked="" 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 30 年 4 月 15 日 被保険者 (〒 541 - 0045) 住所 大阪市中央区道修町 2 - 2 - 6 氏名 (戸籍名) 健保 花子 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 30 年 4 月 15 日 被保険者氏名 (戸籍名) 健保 花子 印 | | | |

・双子が出生した場合でも
請求書の提出枚数は1枚で
結構です。
「出生児の氏名」欄に二人の
氏名を記入してください。

記入不要。

双子の場合に記入

出産育児一時金請求書を
記入した日付を記入。

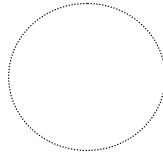
| | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------|-------|--------------|
| 医 師 助 産 婦 の 証 明 | 分娩年月日 | 平成 30 年 4 月 1 日 | 出生児の数 | 単児・多児 (単児) |
| | 生産・死産の別 | 生産・死産 (妊娠第 月又は第 40 週) | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 〒553-0002 平成 30 年 4 月 10 日 住所 大阪市福島区鷺洲 5 丁目 1 2 番 4 号 氏名 福島 次郎 印 | | | |

医師助産婦の証明を
受ける。

健保組合受付

注意事項・添付書類等

- ・医療機関から交付された「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・捺印漏れは受付られません。
- ・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。



【扶養している家族が出産したとき】

塩野義健康保険組合理事長殿

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 | × | × | | | |
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 家族による 出産の場合 | 家族 氏名 | 健保 花子 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 60年5月3日 | 続柄 | 妻 | |
| | 出生児の氏名 | | 健保 一郎 | 生年月日 | | 平成30年4月1日 | 続柄 | 長男 | |
| | 出生児の氏名 | | | 生年月日 | | 平成 年 月 日 | 続柄 | | |
| 受 取 委 任 の 欄 | 出生児があなたの 被扶養者かどうか | <input checked="" 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30年4月15日 被保険者 (〒541-0045) 住所 大阪市中央区道修町2-2-6 氏名 健保 太郎 (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。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) ※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。 平成30年4月15日 被保険者氏名 (戸籍名) 健保 花子 (印) | | | | | | | | |

・出産した家族が他健保へ出産育児一時金を請求できる場合は、どちらか一方の請求となります。
 ・双子が出生した場合でも請求書の提出枚数は1枚で結構です。
 「出生児の氏名」欄に二人の氏名を記入してください。

被保険者（従業員）から見た続柄を記入。

双子の場合に記入

出産育児一時金請求書を記入した日付を記入。

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------|-------|------------|--|
| 医 師 助 産 婦 の 証 明 | 分娩年月日 | 平成30年4月1日 | 出生児の数 | 単児・多児 (単児) | |
| | 生産・死産の別 | 生産・死産 (妊娠第 月又は第 40 週) | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 〒553-0002 平成30年4月10日 住所 大阪市福島区鷺洲5丁目12番4号 氏名 福島 次郎 (印) | | | | |

医師助産婦の証明を受ける。

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。

