

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	昭和 年 月 日	続柄
	出生児の氏名	塩野義 一郎	生年月日	平成 28 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 28 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) 塩野義 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。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) 平成 28 年 4 月 15 日 被保険者氏名 (戸籍名) 塩野義 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。

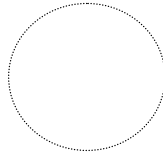
医 師 助 産 婦 の 証 明	分娩年月日	平成 28 年 4 月 1 日	出生児の数	単児・多児 (単児)
	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 40 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 〒553-0002 平成 28 年 4 月 10 日 住所 大阪市福島区鷺洲 5 丁目 1 2 番 4 号 氏名 福島 次郎 印			

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)・出産育児一時金付加金 1 万円です。
- ・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・付加金請求の対象者は、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	被保険者記号	×	分室	×	氏名	×××××
	被保険者証番号	×××××	所属	×××	No.	
	家族による出産の場合	家族氏名	塩野義 花子	生年月日	昭和 60年 5月 3日	続柄
	出生児の氏名	塩野義 一郎	生年月日	平成 28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 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 28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 塩野義 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) 平成 28年 4月 15日 被保険者氏名 (戸籍名) 塩野義 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 28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 28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	
<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・鉛筆書き、記入・捺印漏れは受けられません。</p> <p>・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。</p>	