

塩野義健保組合まで提出してください。

【被保険者（従業員）が出産したとき】（退職者用）

塩野義健康保険組合理事長殿

被保険者 出産育児一時金請求書

・出産時、ご主人の健康保険に被扶養者として加入されている方は、ご主人が申請される「家族出産育児一時金」のどちらか一方を請求してください。

・双子が出産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 が 記 入 す る 欄	被保険者記号	×	分室	氏名 No.		
	被保険者証番号	×××××	所属			
	被保険者の現状	退職後6ヶ月以内	退職年月日	平成15年8月10日		
	出生児の氏名	塩野義 一郎	生年月日	平成15年9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15年9月30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 花子 印					

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15年9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15年9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・捺印漏れは受付られません。
- ・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。