給付５
出産育児一時金請求書

被保険者
被扶養者

# 出産育児一時金請求書

令和　　年　　月　　日　提出

（注意事項）
◇被保険者の現住所欄の郵便番号は必ずご記入ください。
◇被扶養者に係わる請求を行う場合で被扶養者認定後６カ月以内の出産の場合には、以前加入していた健康保険の記号・番号や連絡先を記入してください。
◇被保険者に係わる請求を行う場合で被保険者退職後６カ月以内の出産の場合には、現在加入している健康保険の記号・番号や連絡先を記入してください。
◇医療機関等から交付される、代理契約に関する文書と領収・明細書の写しを添付してください。
◇令和５年４月１日以降の出産の場合５０万円（産科医療補償制度未加入の医療機関等で出産した場合４８万８千円）
◇令和５年３月３１日以前の出産の場合４２万円（産科医療補償制度未加入の医療機関等で出産した場合４０万８千円）

**被保険者が記入するところ**

| 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | |
|---|---|
| 被保険者の現住所 | 〒　　－　　電話　　（　　） |
| 事業所の名称 | ※ 退職者は、退職時の加入事業所名を記入ください。<br>※ 任意継続被保険者は記入不要です。 |
| 被保険者の資格取得日 | 昭・平・令　年　月　日 |
| 出産年月日 | 平成・令和　年　月　日 |
| 死産のときはその旨 | |
| 被扶養者の出産であるときはその者の | 氏名：　　生年月日：昭・平　年　月　日 |
| 扶養認定日（被保険者証に記載の扶養認定日） | 昭・平・令　年　月　日 |

| | 現在加入の | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **被保険者**が出産し、退職後６ヵ月以内の出産による請求であるときは | 保険の名称 | | 記号・番号 | ・ | 連絡先 TEL | |
| | **被扶養者認定前加入の** | | | | | |
| **被扶養者**が出産し、出産日より６ヵ月以内に扶養認定された方の請求であるときは | 保険の名称 | | 記号・番号 | ・ | 連絡先 TEL | |

・多胎分娩でも請求書一部に作成していただけます。

**医師・助産師又は市区町村長が証明するところ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医師又は助産師の証明 | 出産年月日 | 平・令　年　月　日 | 生産・死産（妊娠第　週　日）<br>出生児数（　　児） | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>医療施設の名称・所在地<br>医師・助産師名 | | 令和　年　月　日 | |
| 市区町村長の証明<br>※市区町村長の証明の場合、証明印が必要です。 | 本籍 | | | |
| | 出生届出日 | 平・令　年　月　日 | 筆頭者氏名 | |
| | 出生年月日 | 平・令　年　月　日 | 出生児氏名 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>市区町村長名 | | 令和　年　月　日<br>（印） | |

◇医師又は助産師若しくは、市区町村長（出生児が掲載されている住民票の写し可）のどちらか一方の証明を受けてください。なお、死産の場合は、市区町村長の証明を受けることができません。
◇死産の場合は、妊娠第何週何日目の死産であるかを書き入れてもらってください。
◇生産であったが間もなく死亡したときは、「出生児は、○○時間生存して死亡」（このことは備考欄に記載）と書き入れてもらってください。また扶養義務者の請求である場合には別途被扶養者届（増・減）と埋葬料請求書をご提出いただければ埋葬料を支給いたします。ただし、資格喪失後の出産の場合は現在加入されている健康保険から支給されます。

## 出産育児一時金を受取る金融機関

↓ □ 個人口座への振込・□ 事業所経由で受け取る のいずれかを選択下さい。（□に☑を入れてください。）

**□ 個人口座への振込**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 銀行名 | 銀行・信託銀行<br>信金・農協・信組<br>その他（　　） | 支店名 | 支店・出張所<br>本店・営業部<br>その他（　　） |
| 銀行コード | | 支店番号 | |
| 口座番号 | 普通<br>当座 | カタカナ<br>名義 | |

**□ 事業所経由で受け取る**

### 委任状　（事業所経由で受け取る場合）

本請求に基づく給付金に関する受領を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿に委任します。

令和　年　月　日

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【受付印】（健保処理欄）

備考欄