

健康保険 被保険者
 家族

出産育児一時金・付加金請求書

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	記号 2	番号 123456	② 被保険者氏名	太陽 太郎			太陽		
	③ 被保険者の現住所	〒 370 - 8522 群馬県高崎市栄町10-1		TEL	027-322-3333					
	④ 事業所名称	太陽誘電(株) 玉村工場								
	⑤ 出産日	平成 29 年 2 月 25 日			⑥ 出生児氏名	太陽 一郎				
	⑦ 出産した医療機関等の名称・所在地	名称	〇〇レディースクリニック							
		所在地	群馬県高崎市栄町50-10							
	⑧ 被扶養者(家族)が出産したための請求である場合に記入してください。									
	被扶養者氏名	太陽 花子			続柄	妻		被扶養者生年月日	昭和 60 年 8 月 10 日	
	被扶養者(家族)の出産で扶養者認定日より6ヶ月以内の出産ですか。				<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	はいの場合は下記へ	
	A 以前加入していた保険組合等の名称・電話番号	国民健康保険			TEL	027-3××-1234				
B 上記Aでの健康保険者証の記号・番号	記号	あ12345		番号	987654321					
C 上記Aでの被保険者氏名と被保険者との続柄	被保険者氏名	太陽 花子			続柄	本人				

添付書類

※ 医療機関等から交付される『産科医療補償制度加入機関』であることを証明するスタンプ(該当する場合のみ)が押印されている出産費用の領収・明細書(写)
(海外の医療機関で出産した場合は領収・明細書(写)は必要ありません。)

- 直接支払制度を利用して出産した場合
下記の【医師・助産師又は市区町村長が証明するところ】の証明または、出生証明等出産の事実を証明する書類の提出は必要ありません。
- 直接支払制度を利用せずに出産した場合、海外の医療機関で出産した場合
医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類又は市区町村長が発行した戸籍謄本(抄本)の提出が必要となります。
(下記の【医師・助産師又は市区町村長が証明するところ】に証明の場合は上記書類は必要ありません)

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑨ 出産した者の氏名			⑩ 出産した年月日	年 月 日			
	⑪ 出生児の数	単胎・多胎(児)		⑫ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週)			
	⑬ 上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産師の氏名							
	⑭ 筆頭者氏名				⑮ 出生届出日	年 月 日		
	⑯ 出生児氏名				⑰ 出生年月日	年 月 日		
	⑱ 上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名							

※ 訂正した場合は、必ず訂正印(被保険者氏名欄同一印)を押印してください。