

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	番号	② 被保険者氏名	TEL		③ 被保険者の現住所	〒	—	TEL	
	④ 事業所名称										
	⑤ 出産日	年	月	日	⑥ 出生児氏名						
	⑦ 出産した医療機関等の名称・所在地			名称							
				所在地							
	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			続柄		被扶養者生年月日		年 月 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 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			TEL							
	B 上記Aでの健康保険者証の記号・番号			記号		番号					
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		続柄						

添 付 書 類	<p>※ 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。）</p> <p>● 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。</p> <p>● 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）</p>										
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。