

# 出産育児一時金を請求するとき

被保険者または被扶養者であるご家族が出産（妊娠85日以降）したときは、出産育児一時金が1児につき500,000円支給されます。

（22週未満の出産の場合や、産科医療保障制度未加入の病院で出産した場合は488,000円。）

- ◆ 申請書類 「出産育児一時金請求書手当金請求書／出産育児一時金等内払金支払依頼書」  
※直接支払制度を利用しない場合は、証明欄に証明を受けてください。
- ◆ 請求期限 出産日より2年以内
- ◆ 添付書類 「医療機関発行の領収明細書（写）」  
「直接支払制度合意文書（写）」 直接支払制度を利用しない方もご提出ください
- ◆ 提出方法 被保険者本人⇒箇所担当者⇒健康保険組合（任意継続被保険者を除く）

該当する方を○で囲んでください。

被保険者  出産育児一時金支給申請書  
**家族**  出産育児一時金等内払金支払依頼書（差額請求用）

どちらの請求か☑をつけてください。

- 出産育児一時金支給申請書  
⇒直接支払制度利用なし
- 出産育児一時金等内払金支払依頼書  
⇒直接支払制度を利用し、差額を請求

平成 30 年 1 月 30 日提出

被保険者について	被保険者証 記号 番号	10 12345	被保険者氏名	健保 太郎	昭和・平成	50 年 1 月 1 日生	事業主 称	口産化子株式会社
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - ×××× 電話 03 ( 〇〇〇〇 ) ×××× 東京都中央区日本橋×-×-× 〇〇パーク1234						
受取方法 (任意継続者は記入不要)	私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金に所得税・住民税公課等を控除することに同意します。							
	退職後に請求される方は 口座情報をご記入ください。	被保険者氏名	健保 太郎	支店名	口座名義(カナ)	種別	口座番号	

必ずご捺印ください。

在職中の方は必ずご署名・ご捺印ください。

出産された方について	出産された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	家族の場合はその方の氏名・生年月日	健保 華子	昭利・平成	55 年 5 月 5 日生
	出産年月日	平成 29 年 12 月 1 日	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産( 1 児) <input type="checkbox"/> 死産 (満週)		
	出生児の氏名(続柄)	健保 一太 (続柄) 長男	直接支払制度利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない		
	出産した医療機関等	名称 〇〇産婦人科医院	所在地 〒 〇〇〇 - △△△△	北海道札幌市中央区北〇条×丁目△-△		
	「はいの場合」以前加入の	記号番号 12345678 - 90	全国健康保険協会〇〇支部			

該当する場合には必ずご記入ください。

医師または助産師証明欄	出産者氏名	出生年月日	平成 年 月 日
	出生児数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日		
	医療施設の 直接支払制度を利用している場合には、証明欄は記載不要です。		
市区町村長証明欄	本籍	筆頭者氏名	
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日 平成 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日		

市区町村長名