

出産育児一時金 請求書
 家族出産育児一時金

被保険者証の記号・番号		記号	番号
被保険者の氏名			
申請理由（該当する理由を選択）		<input type="checkbox"/> ①直接支払制度を使用した _が 、出産費用が 出産育児一時金を下回った	出産に要した費用 (_____ 円)
		<input type="checkbox"/> ②直接支払制度を使用しなかった	
		<input type="checkbox"/> ③海外での出産である	
分娩年月日		平成	令和
死産のときはその旨		年	月 日
分娩した医療施設等	名称		
	所在地		
配偶者の分娩であるとき	配偶者氏名	(_____)	
	生年月日	昭和	平成
出生児の氏名（多胎の場合は全て記入）		令和	年 月 日
出生児は被扶養者ですか		被扶養者で ある ・ ない	
出生児が被扶養者でないときはその理由		配偶者が扶養する為 ・ その他 (_____)	
資格喪失後の分娩であるときは喪失年月日		平成	令和
上記のとおり請求いたします。また、給付金の受領を下記の事業主に委任いたします。			
会社名 _____			
所 属 _____			
_____ 内線 (_____)			
日本特殊陶業健康保険組合 御中			
令和		年	月 日
		被保険者氏名	

- ・裏面に医師又は助産師の証明をうけてください。
- ・締切は毎月20日(健保必着)、翌月の給与に振込みます（任継・退職者は翌月末口座振込み）。
- 【注意事項】

 - ・申請理由それぞれごとに必要書類は異なります。
 - ・必ず裏面の「各種類の添付書類」を確認し、全ての必要書類を添付してください。

受 付	支給額	審 査	係	事務長	常務理事	支 払	記 帳
	¥ _____						

* 「日特健保プライバシーポリシー」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。

医師又は助産師の証明

※②直接支払制度を使用しなかった場合のみ、医師又は助産師の証明を受けてください。

分娩年月日	平成・令和 年 月 日
生産・死産の別	生産 ・ 死産（妊娠第 月）
分娩に関し正常・異常の別	正常 ・ 異常
出生児の数	単胎 ・ 多胎（ 児）
産科医療補償制度について	加入している ・ 加入していない
上記のとおり相違ありません。 住所 _____ 医療機関名称 _____ 医師・助産師 氏名 _____ 電話番号（ ） _____ 令和 年 月 日	

（各書類の添付書類）

申請の理由	必要な添付書類
直接支払制度を使用したか、出産費用が（家族）出産育児一時金 金額未済であった	①分娩機関より発行された出産費用明細書の写し ※産科医療補償制度対象分娩の場合、必ず所定スタンプが押印されていることが必要です。
直接支払制度を使用しなかった	①合意文書の写し ②分娩機関より発行された領収書の写し ※産科医療補償制度対象分娩の場合、必ず所定スタンプが押印されていることが必要です。
海外での出産である	①出生証明書の写し ②出生証明書の翻訳文（翻訳者の署名、捺印があるもの） ③海外へ渡航したことがわかるものの写し（パスポート等） ④海外医療機関等に対して照会を行うことの同意書 ⑤母子手証の写し（出産予定日のわかるところ）

【参考：産科医療補償制度 所定スタンプのイメージ】

※資格喪失後の請求の場合のみ記入

資格喪失後の請求のため、下記の口座に振込下さい。

フリガナ			
振込先	銀行	支店	
口座	普通 ・ 当座 NO.		
フリガナ			
口座名義人			

