

出産育児一時金
家族出産育児一時金

請求書

被保険者証の記号・番号		記号	番号	保険証の左上にある 記号・番号を記入
被保険者の氏名		日特 太郎		
申請理由（該当する理由を選択）		<input checked="" 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 (400,000 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 元年 5 月 10 日		
死産のときはその旨				
分娩した医療施設等	名称	スパーククリニック 裏面の医師の証明をもらった 病院を記入		
	所在地	名古屋市千種区3-11		
配偶者の分娩であるとき	配偶者氏名	日特 華子 ()		
	生年月日	昭和・平成・令和 2 年 2 月 22 日		
出生児の氏名（多胎の場合は全て記入）		日特 次郎 () 児		
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 年 月 日		
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 日本特殊陶業株式会社				
所 属 (本社)・小牧・宮之城・伊勢・その他				
育児休職 内線 (-)				
日本特殊陶業健康保険組合 御中				
署名もれにご注意ください				
令和 元年 8 月 1 日		被保険者氏名 日特 太郎		

- ・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
	¥ _____						

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）
<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">※①直接支払制度を直接支払制度を使用したか、 上記のとおり相違ありません。</p> <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">②直接支払制度を使用しなかった場合の申請には 必ず医師又は助産師の証明を受けてください。</p> <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">③海外での出産である場合」は証明は必要ありません。空欄のままご提出ください。</p>	
産科医療補償制度加入している	加入している
住所	〒 市町村
医師・助産師 氏名	氏名
電話番号	（ ） -
令和 年 月 日	

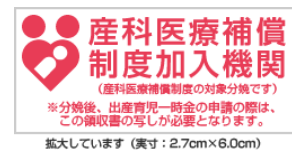
（各書類の添付書類）

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 金額未満であった	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

資格喪失後の請求であるため、下記の口座に振込下さるようお願いいたします。	
フリガナ	
振込先	銀行 支店
□座	口座 NO.
□座名	座名



ご提出前に添付書類が揃っているか必ずご確認ください!!