

支給額	拾万	万	千	百	拾	円	資格取得	年	月	日	出産日	年	月	日
							資格喪失	年	月	日	被扶養者の扶養認定年月日	年	月	日

健康保険 被保険者 **本人** 出産育児一時金請求書 平成 年 月 日 請求
 家族

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	〇〇 〇〇〇〇	② 被保険者の氏名と印	部品 花子	③ 印		
	④ 被保険者の現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇 方 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番					
	⑤ 事業所の名称	株式会社 〇〇〇					
	⑥ 出産した年月日	平成〇〇年 〇月 〇日	⑦ 死産のときはその旨	(妊娠 週 日)			
	⑧ 被扶養者が出産した為の請求である時は、その氏名	続柄 (イ)	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	⑨ 出生児の氏名	部品ベビー	⑩ 被保険者と出生児の関係	続柄 子	⑪ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	確認事項	保 険 者 名	TEL	記号・番号	勤務先名称	被保険者氏名(世帯主氏名)	被保険者との続柄
	被保険者	資格喪失後の出産の場合は現在加入の保険証の種類	全国健康保険協会()支部 ()健康保険組合 ()その他				
	被扶養者	加入後6ヶ月以内の出産の場合は以前の保険証の種類	全国健康保険協会()支部 ()健康保険組合 ()その他				

← 死産のとき記入

→ 必ず記入してもらう	⑫ 出産した年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	⑬ 生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週 日)
	⑭ 出生児の数	単胎・多胎 (児)	⑮ 備考	
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明する。	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日		
証明するところ	医療施設の名称・所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇 〇〇病院 医師・助産婦名 〇〇 〇〇 印		
		TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		

日本自動車部品工業健康保険組合

受取金融機関の欄	銀行コード	〇〇〇〇	〇〇銀行
	店番号	〇〇〇	〇〇支店
	種類	普通・当座	
	口座番号	1234567	
	フリガナ	フリン ハナコ	
口座名義	部品 花子		

委任状	上記請求金額の受領を	印に委任します。
	平成 年 月 日	
	被保険者氏名	印

個人振込を希望される場合は、被保険者の口座をご記入ください。(委任状は不要です)
 ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の記号番号を記入してください。

受付日付印

(注 意 事 項)

- 1、 標題の「被保険者」と「家族」の別および、⑪⑬⑭の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- 2、 ①欄は、健康保険の被保険者証を参照してください。
- 3、 生産又は早産の場合は⑦欄に、女子被保険者が出産したための請求である場合は⑧のア欄に、それぞれ「該当せず」と記載してください。
- 4、 ③欄と⑯欄の印はハッキリ押してください。①から⑭までの訂正箇所には③欄と同じ印を押し、⑮から⑰までの訂正箇所には⑯欄と同じ印を押しもらってください。
- 5、 ⑮欄は、生産であったが間もなく死亡したとき、「出生児は、〇〇時間生存して死亡」等と記入してください。
- 6、 ⑬欄の「死産」の文字が丸でかこまれている場合は、妊娠何ヵ月目の死産であるかを、かっこ内に書き入れてもらってください。妊娠12週(85日)を経過していないと支給されません。
- 7、 確認事項欄は、被保険者の資格を喪失した日から六か月以内に出産した場合に記載してください。又、被扶養者が被保険者の資格を喪失した日から六か月以内に出産した場合に記載してください。
- 8、 直接支払制度を利用しない(できない)場合は、下記添付書類が必要となります。
 - ・医療機関から交付された「直接支払制度を利用していない」旨の文書(写)
 - ・医療機関から交付された出産費用の領収明細書(写)[産科医療保障制度の対象出産か否かを確認します。]