

記入例

出産育児一時金請求書

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 令和6年 12月 10日

被保険者(請求者)記入欄	被保険者証等の記号	99	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎						
	連絡先住所電話番号	〒 999 - 9999			自宅TEL (0566) 21 - 6543 携帯TEL (090) 1234 - 5678 愛知県健康市保険町〇-〇							
	会社名	株式会社 〇〇〇〇										
	所属	〇〇工場 〇〇部 〇〇課 〇〇組										
	分娩日	令和6年 12月 3日			分娩児数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( )児						
	被扶養者が分娩の場合	氏名	健保 花子			産科医療補償制度加入の有	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		直接支払制度利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	退職後6か月以内の分娩ですか?	<input checked="" type="checkbox"/> はい → 「はい」の場合、添付書類は①②③です。また以前の健康保険についてお答えください。 <input type="checkbox"/> いいえ → 「いいえ」の場合、添付書類は①②です。										
	加入健康保険者名	〇〇健康保険										
	加入期間	令和2年 4月 1日 ~ 令和6年 9月 30日										
	振込先金融機関	☆振込先は会社を退職した方や任意継続の方のみご記入ください。 〇〇〇〇 銀行 本店 預金種目 普通 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 信用金庫 農協 △△ 支店 出張所 銀行コード 9 8 7 6 支店コード 5 4 3 口座名義 (被保険者名義のみ) カタカナで記入 ケンポ タロウ ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください										

☆添付書類 ① 出産費用明細書(コピー) ※出産日や出産児数の記載のあるもの  
 ② 出産育児一時金直接支払制度を利用しない旨の記載のある文書のコピー  
 ③ 出産育児一時金不支給証明書(原本) (退職後6ヶ月以内の出産の場合のみ)

医師・助産師の証明欄	分娩日	年 月 日	出産区分	<input type="checkbox"/> 出産		
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( )児		<input type="checkbox"/> 死産(妊娠 日・週・ゲ)		
	産科医療補償制度加入分娩か <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地					
市区町村長の証明欄	医師・助産師または市区町村長の証明を記入依頼してください。 ※市区町村長は生産の場合のみ					
	本市区町村長の氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 市区町村長名					
	市区町村長印					

健保記入欄	決定事項	支給・不支給(理由)				
	対象者	被保険者・被扶養者		産科医療補償制度加入	未加入	
	資格喪失日(対象者のみ)	年 月 日	出産児数	単胎・多胎( )児		
	支給額	円				
決裁	常務理事	事務長	GM	担当		

健保受付印

(R6.12.2改訂、xls版)