

被 保 険 者
家 族 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。

- ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

請求日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者等の記号と番号		② 被保険者の氏名			③ 生年月日		
	記号	番号				年 月 日生		
	④被保険者の現住所・電話番号		〒			Tel ()		
	⑤勤務している又はしていた事業所の名称							
	⑥出産した年月日		年 月 日		⑦死産のときはその旨			
	⑧出産した病院・産院等の名称・所在地		名 称					
			所 在 地					
	⑨被扶養者が出産したための請求であるとき		氏 名		生 年 月 日		年 月 日	
	⑩ 出生児の氏名		⑪ 被保険者と出生児との続柄		⑫ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある ない	
	⑬ 出生児が被保険者の被扶養者でないときは、その理由				⑭ 他の制度から給付を受けているかどうか		受けている 受けていない	
	⑮ 被保険者が出産した場合		該当する支給要件はどちらですか		⑯ 家族（被扶養者）が 出産した場合		家族があなたの被扶養者になった時期	
			ア 被保険者期間中の出産 イ 資格喪失後6ヵ月以内の出産 (資格喪失後加入している医療保険制度を⑰～⑳に記入してください)				ア 出産日より6ヵ月以上前 イ 出産日より6ヵ月以内 (セコム健保の扶養者になる前に加入していた保険を⑰～⑳へ記入してください)	
	⑰ 健保・国保(市区町村)名		⑱ 左記の連絡先		⑲ 被保険者氏名		⑳ 被保険者証の記号・番号	
			Tel					
	振 込 希 望	金融機関				金融機関コード		
店 名				支店コード				
預金の種別		普通・当座		口座番号				
フリガナ								
口座名義								
<p>㉔被保険者名義以外の口座に振込みを希望するときは、下記 ㉔ 委任状 に記入してください。 <お振込先の確認のため、お手続きにお時間をいただく場合がございます。予めご了承ください。></p> <p>㉔委任状</p> <p>本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日</p> <p>被保険者 住所 氏名</p> <p>代理人 住所 氏名</p>								

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る こ ろ	㉔ 出産した年月日		年 月 日		㉔ 生産又は死産の別		生産・死産(妊娠 ヵ月又は 週)	
	㉔ 出生児の数		単胎・多胎(児)		㉔ 備考			
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日</p> <p>医療施設の所在地 名称 医師・助産師の氏名 Tel ()</p>								
市 区 町 村 長 が 証 明 す る こ ろ	㉔ 本 籍				㉔ 筆頭者氏名			
	㉔ 出生届出日		年 月 日		㉔ 出生児氏名		㉔ 出生年月日 年 月 日	
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。 *押印省略不可 年 月 日</p> <p>市区町村長名 ㉔ Tel ()</p>								

●添付書類が必要→次頁参照

◆出産育児一時金請求書<留意事項>

1. 医療機関等から交付される①直接支払制度に係る合意文書（同意書）のコピー（「直接支払制度を利用しない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されたもの）と②出産費用の領収明細書のコピー（「直接支払制度を利用していない旨」の記載、及び「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印（該当する場合のみ）されたもの）を添付してください。
2. 医師・助産師又は市区町村長が証明するところは、どちらか一方で証明を受けてください。
但し、医師・助産師の発行した出生証明書（写でも可）、又は市区町村長の発行した住民票等（写でも可）が添付されている場合には、証明欄の記入は必要ありません。
3. 女子被保険者が退職し、その後6ヵ月以内に出産した場合、又は家族を扶養に入れて6ヵ月以内に出産した場合は、⑭から⑳欄を必ず記入してください。（*重複支払防止のため、お問い合わせさせていただくことがございます。ご理解のほどよろしく願いいたします。）