

# 被保険者(家族)出産育児一時金請求書

注意事項をよく読んでいただき、記入もれ・添付書類もれのないように提出してください。

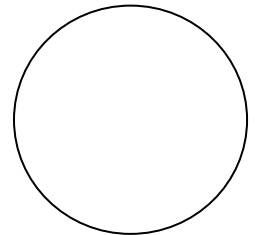
受付番号 \_\_\_\_\_

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 被<br>保<br>險<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | (1) 被保険者証の記号と番号                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 記号<br>番号                                 | (2) 被保険者の氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (フリガナ)                     |
|                                                          | (3) 被保険者の住所及び連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 〒 _____<br>(書類提出後の連絡先) ( )               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |
|                                                          | (4) 事業所所在地、事業所名及び電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 〒 _____ (事業所名) (電話) ( )                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |
|                                                          | (5) 出産年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>(生産人)(死産人) | (7) 出産育児一時金未払証明書添付について<br>出産した者がセキスイ健康保険組合で、<br><input type="checkbox"/> 被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産し、現在は家族の被扶養者である。<br>家族の加入している保険 { <input type="checkbox"/> 健康保険、共済組合 } <input type="checkbox"/> ①<br>{ <input type="checkbox"/> 国民健康保険 }<br><input type="checkbox"/> 被扶養者として認定後、6ヶ月以内に出産した。<br>扶養認定以前 { <input type="checkbox"/> セキスイ健康保険組合に加入<br>↳ 加入時の記号一番号 ( ) } <input type="checkbox"/><br>{ <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入<br><input type="checkbox"/> 父親等の被扶養者として加入 } 添付書類不要<br><input type="checkbox"/> 健康保険、共済組合での被保険者資格が { <input type="checkbox"/> 1年未満<br>{ <input type="checkbox"/> 1年以上 ⇨ <input type="checkbox"/> ② }<br>①又は②に該当する方は、下欄の注意点を参照のうえ、証明書の添付が必要 |                            |
| (6) 被扶養者が出産した場合はその者について                                  | 氏名 (フリガナ)<br>生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>認定日 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |
| 医師証明ますところは助産師の                                           | (8) 出産年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日               | (9) 出生児の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 単胎・多胎( )児                  |
|                                                          | (10) 生産・死産の別                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 生産・死産(妊娠週・妊娠ヶ月)                          | ※該当を○で囲み、死産の時は妊娠何週または何ヶ月であったかを記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |
|                                                          | (11) 上記のとおり相違ないことを証明する。                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
|                                                          | 医療施設の所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 名称                                       | (電話) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |
|                                                          | 医師・助産師名                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |
| 市区町村が証明するところ                                             | (12) 筆頭者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                            | (13) 出生届年月日                              | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            |
|                                                          | (14) 出生児氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                            | (15) 出生年月日                               | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            |
|                                                          | (16) 本籍地                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |
|                                                          | (17) 上記のとおり相違ないことを証明する。                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
|                                                          | 市区町村長名                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ⑩ (電話) ( )                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |

## 【注意事項】

- (1)、(6)の記入について、健康保険被保険者証に記載の通りに記入してください。
- 出産育児一時金請求書の証明について、病院・助産院が市区町村のいずれか一方での証明が必要です。
- 添付書類について、医療機関等から交付される代理契約に関する文書の写し及び医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し(産科医療補償制度の加算対象分娩である場合は所定の印が押印されているものが必要です。添付がなければ加算対象外とします)を添付してください。
- (7) 出産育児一時金未払証明書について、  
①に該当する場合は、現在加入している健康保険、共済組合、国民健康保険等での証明書を添付してください。  
②に該当する場合は、扶養認定以前に加入していた健康保険、共済組合、国民健康保険等での証明書を添付してください。  
\*①②共、勤務先に証明を依頼しないようご注意ください。

受付年月日



(R5.3)

|     |                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 備考欄 | 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|