

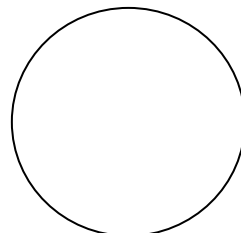
# 被保険者(家族)出産育児一時金請求書

受付番号 \_\_\_\_\_

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。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者等 記号と番号	記号	(2) 被保険者 の氏名	(フリガナ)
		番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	(3) 被保険者の住所 及び連絡先	〒 _____ (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) ( )		
医 証 師 明 ま す た る は と 助 産 師 の	(5) 出産年月日	令和 年 月 日	(7) 出産育児一時金未払証明書添付について	
		(生産人)(死産人)	出産した者がセキスイ健康保険組合で、 <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。 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 { <input type="checkbox"/> 国民健康保険 } <input type="checkbox"/> 被扶養者として認定後、6ヶ月以内に出産した。	
	(6) 被扶養者が出産 した場合 その者について	氏名	(フリガナ)	扶養認定以前 { <input type="checkbox"/> セキスイ健康保険組合に加入 ↳ 加入時の記号一番号 ( ) } <input type="checkbox"/> { <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 <input type="checkbox"/> 父親等の被扶養者として加入 } <input type="checkbox"/> 添付書類不要 <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 { <input type="checkbox"/> 1年以上 ⇨ <input type="checkbox"/> ②
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	
	認定日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
市 区 町 村 が 証 明 す る と こ ろ	(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 医師・助産師名	(電話) ( )		
【注意事項】	(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		
備考欄	市区町村長名 (印) (電話) ( )			
	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、被保険者のマイナンバーを備考欄へ記載してください。			

受付年月日



(R6.11)

- 【注意事項】**
1. 出産育児一時金請求書の証明について、病院・助産院か市区町村のいずれか一方での証明が必要です。
  2. 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。
  3. (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。