

組合記入欄	受付	令和 年 月 日
	支給決定	令和 年 月 日
	支払	令和 年 月 日

被保険者
家 族

出産育児一時金 請求書

常務理事	事務長	係 員	係 員

※請求事由「1. 直接支払制度・受取代理制度を利用せず全額支払ったため」を選択の場合(国内出産)、以下「医師または助産婦の証明」を受けて下さい

被保険者証記号番号	000	00000	氏 名	健保 太郎
出産者の生年月日	S/H 00年00月00日	配偶者の出産の時は その氏名	健保 愛子	
出産年月日	令和 00年00月00日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)	
		生産・死産の人数	1 人	
出生児が被扶養者 であるかないか	あ る な い	出生児が被扶養者で ないときはその理由		
請 求 の 事 由 ※	1. 直接支払制度・受取代理制度を利用せず全額支払ったため(海外出産を含む) 2. 医療機関の出産費用が出産育児一時金法定給付額未満のため(差額の請求)			
被 保 険 者 の 出 産 の と き	被扶養者(配偶者)として認定される前の健康保険 : a~cの該当するものに記入して下さい			
	a. 組合健康保険か協会健保に被保険者本人として加入 加入していた健保の名称 <u>〇〇〇〇健康保険組合</u> 期間 R00年00月~R00年00月 →上記健保の加入期間が1年間以上あり、かつ今回の出産が、その喪失後6ヶ月以内の場合は、 同健保へ当健保組合から、出産育児一時金支給決定の通知をします。			
	b. 国民健康保険、その他の保険に被保険者として加入(名称 _____) c. 以前も被扶養者であった。			
被保険者の資格喪失後 6カ月以内の出産のとき	資格喪失後の(現在の)健康保険 名称 _____ →上記健保へ当健保組合から出産育児一時金支給決定の通知をします。			
記 入 欄	上 記 の と お り 請 求 し ま す 令和 年 月 日			
	川崎汽船健康保険組合 理事長 殿 〒 _____			
	請求者 住 所 _____ 氏 名 _____			
【添付書類】 共通 : 「統紙」(ご不明な場合は所属事業所の健保担当にお問い合わせください)				
※請求事由「1. 直接支払制度・受取代理制度を利用せず全額支払ったため」を選択の場合は以下もお願いします [国内出産] 右欄「医師または助産婦の証明」もしくは「市区町村証明のある母子手帳(写)」・医療機関等交付の出産費用の領収・明細書のコピー*・ 医療機関と取交した「直接支払制度を利用しない旨の合意書(写)」(領収・明細書に「直接支払制度を利用しない旨」が記載されている場合は省略可) [海外出産] 出生証明及びその日本語訳(領収書添付不要)				
※請求事由「2. 医療機関の出産費用が出産育児一時金法定給付額未満のため(差額の請求)」を選択の場合は以下もお願いします 医療機関等交付の出産費用の領収・明細書のコピー*・医療機関と取交した「直接支払制度を利用する旨の合意書(写)」				
*[産科医療補償制度] 加入の医療機関等において出産した場合は、制度対象出産であることを証明する所定スタンプ印が押印された領収書または 請求書の写し				

医 師 ま た は 助 産 婦 の 証 明	出産者の氏名			
	出産年月日	令和 年 月 日		
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)		
	生産・死産の人数	人		
※請求事由1 (国内出産時)	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日			
	病院所在地(〒 _____)			
	病院名 _____ (TEL - - _____)			
	医師・助産婦氏名 _____			
組 合 決 定 欄	健康保険法第106条	資格取得日	年 月 日	
	該当のとき	資格喪失日	年 月 日	
	(配偶者の認定月日 年 月 日)			
	標準報酬月額	受付日付印		
千円				
支給決定金額				