

同年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日
支給額	円			
内訳	出産育児一時金	円		
	出産育児付加金	円		
産科医療制度加入の有無	あり ・ なし			
直接支払い制度利用の有無	上限 ・ 一部 ・ 無			

支給支払決議書			
常務理事	事務長	部長	係
資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日		
扶養認定日	昭和・平成・令和 年 月 日		

被 保 険 者
家 族

出産育児一時金・出産育児付加金請求書

申 請 内 容	① 被 保 険 者 等 の 記 号 ・ 番 号	-		② 事 業 所 の 名 称 部 署	内線 ()	
	③ 被 保 険 者 の 氏 名			④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日生	
	⑤ 出 産 年 月 日	令和 年 月 日		⑥ 生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 (人) 生 産 ・ 死 産 混 在 死 産 (人 ・ 妊 娠 経 過 期 間 満 週)	
	⑦ 出 産 した 場 所 (病 院 ・ 診 療 所 又 は 助 産 所)	名 称				
		所 在 地				
	⑧ 家 族 の 分 娩 だ け で あ る と き は そ の 氏 名 ・ 生 年 月 日 ・ 続 柄			昭・平・令 年 月 日生	続 柄	
	⑨ 出 産 した 方 に つ い て	被 保 険 者 → 退 職 後、6ヶ 月 以 内 の 出 産 で す か		はい (① ⊕ を 記 入) ・ いいえ		
		家 族 → 当 組 合 に 加 入 後、6ヶ 月 以 内 の 出 産 で す か				
		被 保 険 者 → 現 在 加 入 し て い る 保 険 者 に つ い て		健 康 組 合 等 の 名 称		
		家 族 → 以 前 加 入 し て い た 保 険 者 に つ い て		記 号 ・ 番 号		
	⊕ 同 一 の 出 産 に つ い て 上 記 ⑦ の 保 険 者 より 出 産 育 児 一 時 金 を	受 け た / 受 け る 予 定 ・ 受 け 不 起				
	⑩ 振 込 希 望 口 座	金 融 機 関 名 称	銀 行 金 庫 信 金 そ の 他 ()		本 店 支 店 本 店 営 業 出 張 所 そ の 他 ()	
		預 金 種 類	普 通	口 座 番 号		右 づ め で 記 入 し て く だ さ い
		被 保 険 者 の 口 座 名 義 (カ タ カ ナ)	被 保 険 者 名 義 の 口 座 情 報 を 記 入 し て く だ さ い			
	⑪ 備 考					
上 記 の と お り 申 請 し ます。ま た、事 業 主 (任 継 ・ 特 退 は 除 く) を 経 由 し て 請 求 す る こ と に 同 意 し ます。 令和 年 月 日 住 所 〒 被 保 険 者 の 博 報 堂 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿 氏 名 ※ 上 記 欄 に て 文 字 を 訂 正 し た 時 は、訂 正 箇 所 を 二 重 線 で 抹 消 し、正 し い 内 容 を 記 入 し て く だ さ い。						

直 接 支 払 制 度 利 用 の 場 合 は 不 要 医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る 欄	⑫ 出 産 年 月 日	令和 年 月 日	⑬ 生 産 ・ 死 産 の 別 と 週 日 の 確 認	生 産 死 産 (妊 娠 週)
	⑭ 出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	上 記 の と お り 相 違 不 同 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 の 氏 名				
※ 上 記 欄 に て 文 字 を 訂 正 し た 時 は、訂 正 箇 所 を 二 重 線 で 抹 消 し、正 し い 内 容 と 証 明 者 の 氏 名 (サ ー ン) を 記 入 し て く だ さ い。				

事 業 主 の 証 明	上 記 の と お り 生 産 ・ 死 産 (該 当 に ○) し た こ と に 相 違 不 同 を 証 明 し ます。 令和 年 月 日			
	名 称			
	事 業 主 氏 名			

※ 健 保 受 付 日 付 印

【記入上の注意】※書類は消えないボールペンで記入してください。

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは、「家族」を○印で囲んでください。
⑥は該当する文字を○で囲んでください。
2. ⑦欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。
なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。
3. 女子被保険者自身(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、⑧欄は「**該当せず**」と記入してください。
4. ⑨欄には、被保険者の方で当健保の資格を分娩前半年以内に喪失された方、又は当健保にて扶養者認定後半年以内に分娩された方は、重複給付の調査を行った上で支給決定しますので、申請書に記入してください。
国民健康保険の場合は〇〇市国保、政府管掌の場合は、〇〇社会保険事務所
健康保険組合の場合は〇〇健保 等 記入してください。
5. ⑩欄は、**被保険者名義**の金融機関情報を記入してください。
6. ⑪欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
7. **直接支払制度を利用した場合は**、分娩機関が発行した「出産(分娩)費用の領収・明細書」の写し、または「産科医療保障制度加入機関」の記載(スタンプ)及び妊婦合計負担額に記載のある書類の写しを添付してください。
「⑫ 医師・助産師が証明する欄」の分娩機関による記入は不要です。
直接支払制度を利用した場合、審査機関(支払基金)から当健保に通知が届いた後に処理を行うため、支払いまでに数ヶ月かかります。この請求書は分娩後速やかにご提出ください。
※「産科医療補償制度」や「出産育児一時金等への直接支払制度」については、分娩医療機関にてお問い合わせください。
8. **窓口で出産費を全額支払った場合は**、4と同様の添付書類の他に、直接支払制度を利用しない旨を記載した分娩機関との合意文書の写しを添付してください。
また、「⑫ 医師・助産師が証明する欄」は分娩機関にて必ず記入してもらってください。
9. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。
その他の添付書類については博報堂健康保険組合ホームページをご覧ください。

II. 医師、助産師記入欄の注意事項

1. ⑬⑭の欄は、該当する文字を○で囲み、⑬欄は、妊婦第〇〇週〇日目分娩であったかを記入してください。
2. 医師・助産師が証明する欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
医師・助産師が証明する欄以外の訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

III. 提出された請求書及び添付書類について

1. 提出された請求書及び添付書類については、書類の不備の場合を除き、返却、写しの送付等は一切致しません。
2. 内容不備等により、支給できない場合もありますので、その場合は、あらかじめご了承ください。
なお、請求書添付に必要な自費で支払った証明書の文書料は、給付・補助はありません。
3. 貴殿にお送りする「支給決定通知書」により支払日、金額を確認してください。