

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 証 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	昭和 平成 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 で あ る と き は そ の 氏 名 ・ 生 年 月 日 ・ 続 柄			昭和 平成 年 月 日生	続 柄	
	⑨ 出 産 し た 方 に つ い て	⑦ 被 保 険 者 → 退 職 後、6ヶ月以内の出産ですか 家 族 → 当 組 合 に 加 入 後、6ヶ月以内の出産ですか		はい ( ① ② を 記 入 ) ・ いいえ		
		④ 被 保 険 者 → 現 在 加 入 し て い る 保 険 者 に つ い て 家 族 → 以 前 加 入 し て い た 保 険 者 に つ い て		健康組合等の名称		
		⑤ 同 一 の 出 産 に つ い て 上 記 ④ の 保 険 者 より 出 産 育 児 一 時 金 を		記号・番号		
				受けた / 受ける予定 ・ 受けない		
	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	右つ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。

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る 欄 <small>直接支払制度利用の場合は不要</small>	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 )		
	上記のとおり相違ないことを証する。			
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(サイン)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○)したことに相違ないことを証明します。			
	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。

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。

### 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. 分娩機関にて下欄の「医師・助産師が証明する欄」を記入してもらってください。退院時に手交された分娩機関における出産費用の内訳及び付随を明らかにした明細書(明細が記載してある領収書等)のコピーをこの請求書に添付してください。  
(領収書の明細には、直接支払制度の記載の外、産科医療補償制度の記載、妊婦合計負担額と代理受領額の記載が必ずあるものに限り)また、直接支払制度を利用しない場合で領収書等に利用有無の記載がないときは合意文書のコピーを添付してください。  
「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。
5. 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、又は被扶養者認定後(当健保にて)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。
6. ⑩欄は、被保険者名義の金融機関名を記入してください。
7. 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。
8. 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。
9. 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。  
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、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。

### 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。

### III. 提出された請求書及び添付書類について

提出された請求書及び添付書類については、返却、写しの送付等は一切致しません(書類の不備の場合を除く)

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。