

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

Date of application (YY/MM/DD) ○○年 ○月 ○日 申請

Claim for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant

出産育児一時金請求書

(これは直接支払制度や受取代理制度を利用しない方の請求書です)

- ※ 分娩機関との合意書コピーと領収明細書のコピーを添付ください
- ※ 海外で出産の場合は添付不要

勤務先	事業所	部署	Division
Establishment		総務部	
保険証 記号	Symbol	番号(氏名コード)	Number (name code)
Health insurance card			0
氏名	Name	健保 太郎	Seal
所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。			

Mother	Not dependent	Date of delivery (YY/MM/DD)	出生児の氏名
分娩した者 (* 被保険者・配偶者他)	続柄	Relationship	健保 一郎
氏名 Name	妻	*Circle as applicable. 生産	Child's name
Birth date (YY/MM/DD)	〇〇年〇〇月〇〇日		
生年月日 [和暦] 平成 2 年 6 月 9 日生	死産		
出生児があなたの被扶養者であるかどうか			
*該当〇印 被扶養者である → 「健康保険被扶養者異動届」を送付ください			
被扶養者でない → [理由] ア. 夫の被扶養者である (その他)			
*該当〇印 (Reason) A. Submit the Notification of Dependent(s) <Transfer>			
*Circle as applicable. ア. 在職者の場合、給与口座に振り込みます。(口座記入不要)			
イ. 任意継続被保険者の場合、健保給付金振込登録口座に振り込みます。(口座記入不要)			
ウ. 任継でない退職者の場合、以下の指定口座に振り込みます。			
振込先			
A. If you are currently employed, payment will be remitted to your payroll account. (You do not need to enter an account.)			
B. If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account registered for health insurance benefits. (You do not need to enter an account.)			
C. If you left employment and are not a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account specified below.			
Insured person (to be filled out by the applicant)			
分娩した者(被扶養者)が扶養認定後6ヶ月以内に出産された場合			
分娩した者(被保険者)が退職後6ヶ月以内に産まれた場合 } のみ記入ください			
(被扶養者) (被扶養者) Fill out only if: the mother (dependent) gave birth within six months after dependent certification. the mother (insured person) gave birth within six months after leaving employment.			
健保組合の名称と連絡先 上記の健保より出産育児一時金を 受けない・受ける (*該当〇印)			
※上記健保組合へ一時金請求されていない事を確認することがありますがご了承ください。			

分娩の年月日	出生児の数 *該当〇印	生産死産の別 *該当〇印
年 月 日	単胎	生産
	多胎 (児)	死産
*該当〇印	産科医療補償制度に 加入している	加入していない
上記の通り相違ないことを証明する。		
年 月 日		
医療施設の名称・所在地		
医師・助産師の氏名		
Certification by doctor or midwife		
TEL:		

Payment decision by Health Insurance Association	支給決定額
出産育児一時金	万 千 百 十 円
	¥ 0 0 0
分娩の年月日	年 月 日
被保険者の資格	年 月 日 取得・喪失
扶養者認定の有無	有(年 月 日)・無
産科医療補償制度加入	有(領収明細の所定印)・無
直接支払制	* The seal of the insured person may be omitted only when signed by hand by the insured person (applicant).
支給年月	

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます