

出産育児一時金 請求書 家族出産育児一時金

住友化学健康保険組合 御中

下記のとおり請求します。

年 月 日

(請求書氏名)

被 保 者 の 記 入 欄	事業所名				
	被保険者の 記号番号	—	所 属		電 話 番 号
	住 所				
	* 被扶養者氏名	フリガナ		* 被扶養者 生年月日	年 月 日
	分娩年月日	年 月 日		生 産 死産の別	生 産 ・ 死 産
	出生児の氏名	フリガナ		被 保 険 者 と の 続 柄	
	給 付 金 受 取 方 法	代理人委任 (賃金受領)	委任状 私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任 します。 年 月 日 (請求者氏名).....		
※必ず記入	銀行振込 (退職者・任継者 の場合)	(フリガナ) 銀行 店の 私名義 普通預金口座 No. へお振込みください。			

医 師 等 の 証 明 欄	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 第 週)
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	備 考	
	上記のとおり証明します。 (医師・助産婦・市区町村長等の住所氏名)			年 月 日

<注意事項>

1. この請求書は、直接支払制度を利用しない場合、海外での出産の場合のみ、請求してください。
 2. この請求書は毎月3日までに健康保険組合に提出してください。
- なお、家族出産育児一時金の請求のときは*印欄を記入してください。

出産育児一時金請求書・家族出産育児一時金請求書の記入にあたって

<記入要領>

被保険者の記入欄については、すべて記入してください。

項目名	記入要領	記入例
表題	出産育児一時金、家族出産育児一時金のいずれかに○を記入	
事業所名	在籍の事業所名を記入	愛媛工場
被保険者の記号番号	マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証のいずれかを参考に記入	10-987654
所属	在籍の所属名を記入	第三製造課
電話番号	職場の電話番号（内線・外線いずれか）を記入	861-9999 0897-37-1717
住所	現住所を記入	愛媛県西条市西条1-1-1
*被扶養者氏名 *被扶養者生年月日	家族出産育児一時金請求の場合に記入	
分娩年月日	分娩年月日を記入	
生産・死産の別	生産 死産 のいずれかに○を記入	
出生児の氏名	出生児の氏名を記入	
被保険者との続柄	出生児の続柄を記入	
給付金受取方法 代理人委任(貸金受領)	日付（記入日）、請求者氏名（本人）を記入	
給付金受取方法 銀行振込	退職者・任継者の場合、銀行振込口座を記入	

医師等の証明欄については、医師等の証明を受領してください。

なお、出生の事実を証明する書類（住民票、出生証明書等）を添付する場合は、医師等の証明は不要です。

<添付書類>

事由	添付書類
直接支払制度（※）を利用しない場合	<ul style="list-style-type: none"> 出生の事実を証明する書類（住民票、出生証明書等）（写） ＜請求書に医師等の証明がある場合、不要＞ 医療機関等から交付される代理契約に関する合意文書（写） 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書（写）
海外での出産の場合	<ul style="list-style-type: none"> 出生の事実を証明する書類（出生証明書等）（写） ＜請求書に医師等の証明がある場合、不要＞

※直接支払制度

健康保険組合が直接、分娩機関等に出産育児一時金を支払う制度



すべての記入が終わりましたら、右上の日付（記入日）、請求者氏名を記入のうえ、健康保険組合宛にご提出ください。