

資格	得	年	月	日	常務理事	事務長	係長	係
	喪	年	月	日				
支給決議書	標準報酬月額	千円				出産育児一時金	円	
	入院収容期間	令和	年	月	日から			
	被扶養者資格	有 ・ 無						日まで

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書
家 族

① 被保険者証の 記号・番号	-		② 事業所の名称		
③ 被保険者の 氏名			④ 被保険者の 生年月日		
⑤ 分娩年月日	令和	年	月	日	⑥ 死亡のとき はその旨
⑦ 分娩した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地				
⑧ 家族の分娩であるときはその氏名・生年月日				昭和 平成	年 月 日
⑨ 出生児の氏名			⑩ 出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で	ある ない
⑪ 出生児が被扶養者でないときはその理由					
⑫ 他制度から給付を受けているかどうか	受けている ・ 受けていない		受けた場合はその額	円	
⑬ 振込希望 口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は以下の欄に 被保険者名義口座 を記入してください)				
	銀行・農協 信用金庫	本店 支店	口座番号	当座 普通	
⑭ 備考					
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日					
		被保険者の住所	-		
		ふりがな			
		氏名			
岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿					
村医師が、 証明産 する又は 欄は市町	⑮ 分娩年月日	令和	年	月	日
	⑯ 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。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市町村名				
⑰ 生産・死産の別	生産・死産		(妊婦第 月又は第 週)		

(記入上の注意)

I 被保険者への注意事項

- 1 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○印で囲んでください。
- 2 ⑦欄の分娩した場所は、分娩した病院、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 ⑧欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
- 4 ⑨欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。
- 5 ⑫欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
- 6 ⑬欄は、被保険者(本人)が希望する払渡金融機関名及び口座番号を記入してください。
- 7 ⑭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、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。

II 医師、助産師又は市町村長への注意事項

- ⑯欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊婦第〇月又は第〇週であったかを記入してください。