

被 保 険 者

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

記入例 被保険者

自筆で無い場合は押印がサインが必要です

提出日 令和 1年 5月 1日

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

※直接支払制度を利用された方で付加金や差額があった場合、自動で健保から給付されますので申請は不要です

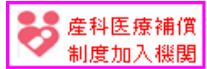
《申請・交付ルート》	お勤めの被保険者	被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合 → 被保険者
	任意継続・特例退職被保険者	任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合 → 任意継続・特例退職被保険者

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 1010	被保険者の氏名 健保 花子	健保	
		番号 101234	生年月日 昭和 2 年 8 月 3 日 平成 令和		
	被保険者の 住民票住所	〒 351 - 0101 TEL 048 - 1234-5678 埼玉県和光市白子1-2-3			
	事業所名 (部課・店名)	本田技研工業(株) 白子サービスセンター TEL 048-000-1000 ※特例退職・任意継続の方は記入不要です。(内線 000)			
	資格取得日	昭和 22 年 4 月 1 日 平成 令和	資格喪失日	平成 年 月 日	
	分娩年月日	平成 31 年 3 月 20 日 令和	生産・死産の別 生産・死産 (週)	新生児の数 単胎・多胎 (児)	
	出生児の氏名	フリガナ ケンボ 姓 健保	イチロウ 名 一郎	続柄 長男	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可
	被保険者が 出産した場合	ホンダ健保資格喪失後に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について 健康保険組合等の名称 被保険者氏名 記号-番号 TEL - -			
	家族が 出産した場合	氏名 フリガナ 姓	名	続柄 生年月日 昭和 年 月 日 平成	扶養認定日 ※保険証で確認 年 月 日
	送金先 金融機関名 (被保険者の口座)	××× 銀行 口座番号 (普) 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇 金庫 〇〇 支店 フリガナ ケンボ ハナコ 農協 口座名義 健保 花子 金融機関コード (〇〇〇〇) 支店コード (〇〇〇) ※ゆうちょ銀行を選択された方は、預金通帳の表紙裏のコピー(記号・番号の印字されている面)を添付してください ※特例退職・任意継続の方は登録口座に振込しますので、口座欄は記入不要です			

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩 年月日	平成 31 年 3 月 20 日 令和	生産又は死産の別	生産・死産 (週)	単胎・多胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 平成 31 年 3 月 23 日 所在地 埼玉県和光市白子1-1-1 医師又は助産師の 名称 健保産婦人科医院 氏名 田中 一郎 田中印 TEL 048 - 4545 - 1111				

証 明 す る と こ ろ 市 区 町 村 長 が	本籍	筆頭者名
	出生届出日 平成 年 月 日 令和	出生児氏名
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日 市区町村長名 印 TEL - -		

- 添付書類等
- 合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)
 - 領収・明細書のコピー
※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、所定のスタンプ捺印のこと
 - 医師・助産師の証明、又は市区町村どちらかの証明 とれない場合は住民票(続柄省略不可・原本)を添付
※死産の場合は医師の証明
- 海外で出産した場合 a. 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書
b. 出生の事実を証明するもの c. 海外に渡航したことが確認できる書類 (パスポート等) の写し
d. 上記書類が外国語で書かれている場合はその翻訳 (翻訳した日付、翻訳者の住所、氏名、自筆でない場合はサイン又は押印が必要)



受付日付印

自筆で無い場合は押印がサインが必要です

提出日 令和 1年 5月 1日

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

※直接支払制度を利用された方で付加金や差額があった場合、自動で健保から給付されますので申請は不要です

《申請・交付ルート》	お勤めの被保険者	被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合 → 被保険者
	任意継続・特例退職被保険者	任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合 → 任意継続・特例退職被保険者

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 1010	被保険者の氏名 健保 太郎	健保	
		番号 101234	生年月日 昭和 57 年 12 月 1 日 平成		
	被保険者の 住民票住所	〒 351 - 0101 TEL 048 - 1234-5678 埼玉県和光市白子1-2-3			
	事業所名 (部課・店名)	本田技研工業(株) 白子サービスセンター TEL 048-000-1000 ※特例退職・任意継続の方は記入不要です。(内線 000)			
	資格取得日	昭和 平成 令和 22 年 4 月 1 日	資格喪失日	平成 年 月 日	
	分娩年月日	平成 令和 31 年 3 月 20 日	生産・死産の別	新生児の数 生産・死産 (週) 単胎・多胎 (児)	
	出生児の氏名	フリガナ ケンボ 姓 健保	イチロウ 名 一郎	続柄 長男	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可
	被保険者が 出産した場合	ホンダ健保資格喪失後に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について 健康保険組合等の名称 被保険者氏名 記号-番号 TEL - -			
	家族が 出産した場合	氏名 フリガナ ケンボ 姓 健保	フリガナ ハナコ 名 花子	続柄 妻	生年月日 平成 2年 8月 3日 扶養認定日 ※保険証で確認 平成 25年 12月 01日
	送金先 金融機関名 (被保険者の口座)	××× 銀行 〇〇 金庫 〇〇 支店 口座番号 (普) 〇〇〇〇〇〇 〇〇 農協 フリガナ ケンボ タロウ 金融機関コード (〇〇〇〇) 支店コード (〇〇〇) 口座名義 健保 太郎 ※ゆうちょ銀行を選択された方は、預金通帳の表紙裏のコピー(記号・番号の印字されている面)を添付してください ※特例退職・任意継続の方は登録口座に振込しますので、口座欄は記入不要です			

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩 年月日	平成 令和 31 年 3 月 20 日	生産又は死産の別	生産・死産 (週) 単胎・多胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 平成 31 年 3 月 23 日 所在地 埼玉県和光市白子1-1-1 医師又は助産師の 名称 健保産婦人科医院 氏名 田中 一郎 田中印 TEL 048 - 4545 - 1111			
証 明 す る と こ ろ	本籍	筆頭者名		
	出生届出日	平成 令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 平成 令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日 市区町村長名 印 TEL - -				

添 付 書 類 等	1. 合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)	産科医療補償 制度加入機関
	2. 領収・明細書のコピー ※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、所定のスタンプ捺印のこと	
3. 医師・助産師の証明、又は市区町村どちらかの証明 とれない場合は住民票(続柄省略不可・原本)を添付 ※死産の場合は医師の証明		受付日付印
海外で出産した場合 a. 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書 b. 出生の事実を証明するもの c. 海外に渡航したことが確認できる書類(パスポート等)の写し d. 上記書類が外国語で書かれている場合はその翻訳(翻訳した日付、翻訳者の住所、氏名、自筆でない場合はサイン又は押印が必要)		