

被保険者・家族

出産育児一時金
 出産育児付加金

請求書

請求者記入欄	被保険者証 記号番号	記号		事業所名称		
		番号				
	被保険者 氏名				資格取得	年 月 日
					資格喪失	年 月 日
	家族が分娩 したときは その家族氏名				家族の 生年月日	年 月 日
					家族の 被扶養者認定日	年 月 日
	出生児氏名				分娩した 年月日	年 月 日
					被保険者と 出生児の続柄	
	入院して分娩 したときはその 病院、産院の 住所及び名称	(医療機関名)			生産又は 死産等の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月)
		(住所)				
上記のとおり請求します。 年 月 日 被保険者住所 〒 氏 名 (印) 電話番号 () 労働者健康安全機構健康保険組合理事長 殿						
医師・助産師証明欄	分娩年月日	年 月 日		生産又は 死産等の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)		特記事項		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設所在地 〒 医療施設名称 医師・助産師名 (印) 電話番号 ()					
備考欄						

注意事項

- 1 標題のうち不要文字を抹消してください。
- 2 医療機関等が発行する「直接支払制度不活用合意文書」の写し及び「出産費用明細書」の写しを添付してください。
- 3 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
 (事業所を経由せずにマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です)。