健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書（兼内払金支払依頼書）

（裏面の注意事項をご覧ください）

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号	記号		番号		被保険者の氏名		
被保険者の住所	〒 （電話）						
被保険者の勤務する事業所の	名称				所在地		
被扶養者が出産の請求であるときは、その者の	氏　名				生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生	
出産した年月日	令和　　年　　月　　日	生産児数 人	死産児数 人	死産の時はその旨		妊娠経過期間 カ月　週	
入院して出産した時はその病産院の	名称				所在地		
出生児の氏名		被保険者と出生児の続柄		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない		
出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由							
直接支払制度を利用したかどうか、どちらかに○をしてください	利用した ⇨	医師・助産師又は区市町村長の証明は必要ありません。医療機関等から交付された出産費用の内訳が記載された領収・明細書(写)を添付してください。					
	利用しない ⇨	医師・助産師又は区市町村長の証明が必要です。医療機関等から交付される直接支払制度不活用に関する文書(写)と出産費用の領収・明細書(写)も添付してください。					

直接支払制度を利用した場合、証明は不要

医師・助産師又は区市町村長が証明するところ

出産した年月日	令和　　年　　月　　日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　　カ月　週）
出生児の数	単胎・多胎（　　児）	備考	

上記のとおり相違ないことを証明する。　　令和　　年　　月　　日

医療機関等の名称・所在地

医師・助産師名

電話　　（　　　）

本籍				筆頭者氏名	
出生届出日	令和　年　月　日	出生児氏名		出生年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。　　令和　　年　　月　　日

区市町村長名　　㊞

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者	住所 氏名
代理人（事業主）	住所 氏名

東京都信用金庫健康保険組合

※資格	得	平成 令和　　年　　月　　日	係
	喪	令和　　年　　月　　日	
	被扶養者認定年月日	平成 令和　　年　　月　　日	

※処理区分
1 法定給付・付加給付
2 法定(差額)・付加給付
3 付加給付のみ
4 法定給付のみ
5 法定(差額)のみ

令和　年　月　日提出

受付日付印

※ 記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。

備考欄

被保険者証の記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記入してください。
（個人番号を記入した場合、本人確認等をするための添付書類が必要となります。）

〔 注 意 事 項 〕

①　標題の「被保険者」と「家族」の文字は、何れか該当する方をマルで囲んでください。

②　付加金のみを請求する場合もこの用紙をご使用ください。

③　資格喪失後の出産に係る請求の場合、付加金は支給されません。

④　双子以上の場合は、１児ごとに支給されます。（請求書は１枚でかまいません）

⑤　※印の欄は記入しないでください。

〔直接支払制度を利用した方へ〕

①　医師・助産師又は区市町村長の証明は必要ありません。

②　医療機関等から交付された出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付してください。

③ 出産費用が５０万円（産科医療補償制度の加算対象外の出産は48.8万円）を超えていた場合は、付加金のみ給付されます。

④ 出産費用が５０万円（産科医療補償制度の加算対象外の出産は48.8万円）未満だった場合は、出産費用との差額と付加金が給付されます。

※　表題記載の内払金とは、被保険者に決定通知書が到着する前に支払う③・④の給付金のことをいい、この請求書を使用し、上記①・②に従いご請求ください。

〔直接支払制度を利用しなかった方へ〕

①　医師・助産師又は区市町村長の証明が必要です。

②　生産の場合は医師・助産師の証明又は区市町村長の証明の何れか一方をうけてください。

③　死産の場合は医師から証明をうけ、妊娠何カ月何週の死産であるかをかっこ内に書き入れてもらってください。

④　医療機関等から交付される直接支払制度不活用に関する文章の写しと、出産費用の領収・明細書の写しの２点を添付してください。