

記入例

いずれか該当する方の文字を○で囲んでください。

健康保険 **被保険者** / **被扶養者** 出産育児一時金請求書

(直接支払制度が活用できなかった場合の請求書)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 (請 求 者)	被保険者記号・番号		事業所の名称		所属	△△部〇〇課	
	10-104567		〇〇薬品工業株式会社		TEL	999-9999	
	被保険者の氏名	健保 太郎		住所	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1		
	分 娩 日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生 産 ・ 死 産			
	入院して分娩したとき	病院又は診療所の名称、所在地	〇〇産婦人科病院 〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1				
	被扶養者が分娩したときはその者の氏名	健保 文子					
	出生児は被保険者の被扶養者ですか	被扶養者である・ない		被扶養者でないときはその理由			
	注:	被扶養者認定日後6ヶ月以内の出産で被扶養者出産育児一時金の申請のとき、または、資格喪失後6ヶ月以内の出産で被保険者出産育児一時金を申請する場合は、被扶養者が以前加入していた健康保険組合・社会保険事務所または共済組合の申請と重複することはできません。					
武田薬品健康保険組合以外に出産育児一時金の請求をしましたか? はい いいえ							
振 込 先 の 確 認	本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。)						
	<input type="checkbox"/>	在職者: 事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み		任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座			
※上記振込先ではなくマイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合⇒ <input type="checkbox"/> (チェック[✓]してください)							
* 医師・助産師または市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。							
医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	分娩した年月日	令和〇〇年 4月 25日	生 産	妊 娠	10 カ月		
	出生児の数	単胎・多胎(児)	死(流)産	又は、第	週		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇〇年 〇 月 〇 日 医療施設の名称・所在 〇〇産婦人科病院 〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1 医師・助産師名 医師 〇〇 〇〇 ⑩ [自署の場合は押印不要]						
市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本 籍	都・道・府・県		筆頭者氏名			
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	(生産の場合のみ記入)	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します。 令和 年 月 日 市区町村長名						

振込み先を必ず確認して□にチェック[✓]をご記入ください。

医師・助産師の証明がないときは、市区町村長の証明が必要です。

武田薬品健康保険組合

◎医療機関から交付された費用の領収・明細書(写)・直接払制度を使用しない旨記述された合意文書(写)を添付。(海外での出産時はこちらの書類は提出不要です。)

合意文書には、申請先保険者名が明記されているか、また産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合はそれを証明する印があるかどうかご確認のうえ添付してください。

◎出生の証明については、医師または、市区町村長の証明のどちらかが必要です。(原本)

本請求書に証明がない場合は、出生届受理証明書または戸籍謄本を添付ください。(原本)

書類に不備がある場合は、お支払ができませんので、必ず確認のうえ申請してください。

◎武田薬品・任意継続の方は健康保険組合へ、武田薬品以外の方は各会社の健保事務担当者に提出してください。

健保確認欄