

記入例

被保険者 健康保険 出産育児一時金請求書
被扶養者

(直接支払制度が活用できなかった場合の請求)

いずれか該当する方の文字を〇で囲んでください。

				令和 年 月 日 提出	
被保険者(請求者)記入欄	被保険者 記号番号		事業所の名称		所属 △△部○○課
	10-104567		○○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 ○○市△△区××町1-1	
	分娩日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産	
	入院して分娩したとき	病院又は診療所の名称、所在地	○○産婦人科病院 〒000-0000 ○○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		振込み先を必ず確認して□にチェック[✓]をご記入ください。		
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	单胎	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				
	○○産婦人科病院 〒000-0000 ○○市△△区××町1-1 医師・助産師名 医師 〇〇〇〇 印 [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)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				

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)を添付してください(海外での出産時はこちらの書類は提出不要)。なお、合意文書は、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ことを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、お支払いができませんので、必ず確認のうえ申請してください。

◎武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。任意継続の方は当健保組合へ提出してください。

◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。

登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

社会保険労務士
記載欄