

支給決定	決定伺い	年 月 日	資格	取得	年 月 日	常務理事		
				喪失	年 月 日			
	支 給 額			備 考			事務長	
	家族出産育児一時金							
							課長	
該当条文			法第114条・令第36条			担当者		

健康保険 家族出産育児一時金 請求書

被保険者の記入欄	振込先	銀行 信用金庫 農協 支店 普通当座 (あなた自身の) 口座名義 カタカナ 口座番号					
	その他()						
	① 被保険者の氏名			② 住所 連絡先	〒 () TEL ()		
	③ 被保険者の	記号	番号	④ 事業所の名称			
	⑤ 出産した者の氏名				⑥ 出産した者の生年月日	年 月 日	
	⑦ 出生児の氏名				⑧ 出生児の生年月日	年 月 日	
	⑨ 死産のときはその旨				⑩ 出生児の被保険者との続柄		
	⑪ 上記⑤の方が、 出産日以前6ヶ月以内に勤務していた場合はご記入ください。		勤務先名称				
			健康保険組合等の名称・電話番号		TEL ()		
			被保険者証の記号・番号		記号 番号		
市区町村医師・助産師又は産科医の証明欄	⑫ 出産の日	年 月 日					
	⑬ 出産・死産の別	生・死	⑭ 死産のときは妊娠月数(又は週数)	ヶ月 (又は第 週)	⑮ 性別	男・女	
	⑯ その他の事項について(双生児出産の場合にはその旨)						
	上記のとおり相違ないことを証明します 年 月 日						
	住所						
職 名 () 氏 名		印					
		電 話 ()					

備考	
----	--

受付印

【出産育児一時金の支給要件】

妊娠４か月（８５日）以上で出産したとき。

早産、死産、流産、人工妊娠中絶（経済的理由によるものも含む）も支給対象となります。

【支給額について】

１児につき５０万円

ただし、在胎週数が２２週未満で出産したとき、または産科医療補償制度未加入の医療機関等で出産したとき（産科医療補償制度加算の対象でない場合）については、１児につき４８万８千円。

【添付書類について】

○医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー

○産科医療補償制度加入の医療機関等で出産した場合は、領収・明細書（※）のコピー
（※）「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されているもの

【請求書に医師・助産師または市区町村長の証明が受けられない場合】

出生が確認できる書類（出生証明書または戸籍抄本の原本）を添付してください。

（死産の場合は、死産証書（死胎検案書））

【請求及び記入上の注意】

●証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。

（翻訳文には、翻訳者が署名し、住所及び電話番号を明記してください。）

●訂正したところは、必ず訂正印を押してください。