

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	
	出 産 育 児 一 時 金							
							課長	
該当条文		法第101条・令第36条・法第106条				担当者		

健康保険 出産育児一時金 請求書

被保険者の記入欄	振込先	銀行 口座名義 信用金庫 支店 普通 (あなた自身の) カタカナ 農 協 当座 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 出産した日	年 月 日		⑥ 死産のときはその旨			
	⑦ 出 生 児 の 氏 名		⑧ 出生児の 生年月日	年 月 日	⑨ 被保険者 との続柄		
	⑩退職後の出産 で、出産時に配偶 者の被扶養者(健康 保険)である場合 はご記入ください。	配 偶 者 の 氏 名					
		勤 務 先 名 称					
		加入されている健康保険組合 等の名称・電話番号		TEL() —			
		被保険者証の記号・番号		記号	番号		
	医師・助産師又は 市区町村長の証明欄	⑪ 出産の日	年 月 日				
⑫ 出産・死産 の 別		生 ・ 死	⑬ 死産のとき は妊娠月数 (又は週数)	ヵ月 (又は第 週)	⑭ 性別	男 ・ 女	
⑮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	

静岡県自動車販売健康保険組合

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。