健康保険

出産育児一時金支給申請書

（直接支払制度を利用しなかった場合の請求書）

裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

被保険者が記入するところ				
① 被保険者等記号・番号 ― ※記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入	②被保険者の氏名及び生年月日	昭・平　年　月　日	③本申請書の提出を事業主に依頼します チェック □	
④被保険者の現住所	郵便番号　―	TEL（　　） 携帯（　　） 方		
⑤被保険者の勤務する（していた）事業所名称・所在地	事業所名称	事業所所在地		
⑥被扶養者が出産した場合は、その方の氏名		生年月日	昭・平　年　月　日	続柄
⑦出産した年月日	令和　年　月　日			
⑧出産児数	単胎　・　多胎　（　　児）			
⑨妊娠経過期間	妊娠　週　で　生産　・　死産			
⑩被保険者が退職後６カ月以内に出産したことによる請求の場合は現在の健康保険について、または当健保組合に加入してから６カ月以内に被扶養者が出産したことによる請求のときは以前の健康保険についてご記載ください。	記号・番号	―	医療保険者の名称	

どちらか一方で証明を受けてください						
医師または助産師が証明するところ	⑪出産した年月日	令和　年 月　日	⑫生産、死産の別	生産・死産 （妊娠　カ月　週）	⑬出生児の数	単胎・多胎 （　児）
	⑭上記のとおり相違ないことを証明する 医療施設の所在地・名称 医師・助産師名			証明日　令和　年　月　日 TEL（　　）		
市区町村が証明するところ	⑮本籍				⑯出生届出年月日	令和　年 月　日
	⑰筆頭者氏名		⑱出生児氏名		⑲出産した年月日	令和　年 月　日
	⑳上記のとおり相違ないことを証明する 市区町村長名			証明日　令和　年　月　日 ㊞　TEL（　　）		

受取代理人欄		
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 被保険者（請求者）住所 氏名		
代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係

□ **マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）**

※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。

※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振込先指定口座			
銀行コード　＿＿＿＿　銀行・農協 信金・信組	支店コード　＿＿＿＿　本店 支店		
口座種別	普通　・　当座	口座番号	
口座名義		フリガナ	

口座名義が被保険者名でない場合は必ず受取代理人欄に記入してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

この書類の送付先は

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険組合
給付課　宛

東京薬業健康保険組合

こちらの請求書は直接支払制度（医療機関が出産育児一時金を健保組合に請求し、医療機関が出産育児一時金を受け取る制度）を利用しなかった場合の専用請求書です。
直接支払制度を利用した場合は、この請求書での請求はできません。

※※記入方法及び注意事項※※

【記入の注意事項】

１．事業主を通して書類を提出いただく場合には必ず③欄にチェックしてください。

２．出産年月日の証明については、医師・助産師証明欄、または市区町村長証明欄のどちらか一方で証明を受けてください。
死産の場合は、医師・助産師による証明を受けてください（⑬に「妊娠〇カ月〇週」の記入が必要です）。

３．⑪は、被保険者が当健保組合の退職後６カ月以内に出産した場合、現在の健康出産した場合は、旧健康保険についてご記入ください。他の保険者との重複給付は受けられませんのでご注意ください。

４．健康保険の給付の受給権は２年で消滅します。
出産育児一時金の時効の起算日は「出産日の翌日」となります。

【添付書類】

この請求書には下記の書類を必ず添付してください。

① 医療機関（病院・医院・助産所）から発行された「分娩費用明細書」または「領収明細書」の写し

② 医療機関から交付された「直接支払制度を利用していない旨の文書」の写し

※ 海外で出産した場合
・出生証明書（原本）
・出生証明書の日本語翻訳 （翻訳文には翻訳者の氏名及び住所、直筆署名を記載）
・渡航確認書類 （旅券、航空券、その他海外渡航した事実が確認できる書類の写し）
・海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等照会を行うための同意書
・上記、同意書にかかる署名欄（同意書、署名欄は当組合ホームページから印刷可）
以上、５点が添付書類として必要です。

記入漏れや不備事項がありますと決定が遅れる場合があります。