| 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 支　給　支　払　決　議　書 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 伺年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 常務理事印 | 事務長印 | 担当者印 | 資格確認印 |
| 決裁年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 支　給　額 | 円 | 資格取得年月日 | □昭和 □平成 □令和　年　月　日 | | |
| | | 資格喪失年月日 | 令和　年　月　日 | | |
| | | 支払年月日 | 令和　年　月　日 | | |

# □被保険者（本人）　□家族　出産育児一時金請求書

**被保険者（本人）が記入するところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 被保険者等の記号・番号 | | ② 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください | |
| ③ 被保険者の氏名 | | ④ 被保険者の生年月日 | □昭和 □平成　年　月　日 |
| ⑤ 出産した者の氏名 | | ⑥ 出産した者の生年月日 | □昭和 □平成　年　月　日 |
| ⑦ 出産年月日 | 令和　年　月　日 | ⑧ 生産・死産の別 | □生産 □死産妊娠（　　）週 |
| | | ⑨ 出生児の数 | □単胎 □多胎（　　児） |
| ⑩ 出生児が被扶養者がどうか | 被扶養者で　□ ある　□ ない | | |
| ⑪ 出産した医療機関等 | 名称 | 所在地 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑫ 出産した方 | 被保険者 家族 | → 退職後６ヶ月以内の出産ですか？<br>→ 当組合に加入後６ヶ月以内の出産ですか？ | □ はい　□ いいえ |
| | 「はい」の場合 | 被保険者 → 現在加入している保険者について<br>家族 → 当組合加入前に加入していた保険者について | 保険者名<br>記号番号 |
| | 同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を | | □ 受けた（受ける予定）□ 受けない |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑬ 振込希望機関 | 銀行<br>金庫<br>組合 | 店 | 口座番号 | □ 普通　□ 当座 |
| | | | 口座名義（カタカナ） | |
| ⑭ 公金受取口座 | □マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します<br>（利用する場合は☑、利用しない場合は⑬振込希望機関の欄を記入） | | | |

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

エクセディ健康保険組合理事長 殿

⑮ 〒

被保険者の 住所

氏名

**いずれかにご記入ください**

**医師・助産師が証明する欄**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 出産者の氏名 | | 生産・死産の別 | □ 生産　□ 死産妊娠（　　）週 |
| 出産年月日 | 令和　年　月　日 | 出生児の数 | □ 単胎　□ 多胎（　　児） |

上記のとおり相違ないことを証明する

令和　　年　　月　　日 医療施設の所在地・名称

医師・助産師名

**市区町村長が証明する欄 ※生産のみ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 本籍 | | 筆頭者の氏名 | | 母の氏名 | |
| 出生児の氏名 | | 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する

令和　　年　　月　　日　市区町村長名　　㊞

# 出産育児一時金請求書をご提出前にご一読ください

| | |
|---|---|
| 1 | 直接支払制度を利用し、**出産費用が50万円**【産科医療補償制度未加入の場合は48.8万円】**以上**の場合 |
| | 出産育児一時金請求書のご提出は**不要**です。 |
| 2 | 直接支払制度を利用し、**出産費用が50万円**【産科医療補償制度未加入の場合は48.8万円】**未満**の場合 |
| | 出産育児一時金請求書に必要事項をご記入のうえ、医師・助産師の証明又は市区町村長の証明（生産のみ）をもらって添付書類（①、②）と一緒に健保までご請求ください。<br>**※ただし、医療機関等から発行される領収・明細書に「出産年月日」・「出生児数」・「直接支払制度利用の有無」・「産科医療補償制度加入の有無」が記載されている場合は医師・助産師の証明又は市区町村長の証明は必要ありません。**<br>●添付書類<br>①医療機関等が発行する領収・明細書のコピー（産科医療補償制度の対象医療機関等の場合は所定印が必要）<br>②医療機関等が発行する「直接支払制度」を利用する旨の合意文書のコピー |
| 3 | 直接支払制度を利用しない場合 |
| | 出産育児一時金請求書に必要事項をご記入のうえ、医師・助産師の証明又は市区町村長の証明（生産のみ）をもらって添付書類（①、②）と一緒に健保までご請求ください。<br>●添付書類<br>①医療機関等が発行する領収・明細書のコピー（産科医療補償制度の対象医療機関等の場合は所定印が必要）<br>②医療機関等が発行する「直接支払制度」を利用しない旨の合意文書のコピー |