

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 被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称			
	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 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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	→ 退職後6ヶ月以内の出産ですか？			□ はい □ いいえ
		家族	→ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか？			
		「はい」の場合	被保険者	→ 現在加入している保険者について		保険者名
		家族	→ 当組合加入前に加入していた保険者について		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		店	□座番号	□普通 □当座
金庫			□座名義			
	組合			(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 (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。 ⑮ 〒						
令和 年 月 日 被保険者の 住所						
エクセディ健康保険組合理事長 殿 氏名						
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)					備考欄	

いずれかにご記入ください	が医師証明・助産師欄	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				
明市区町村長の署名欄※生が産証のみ	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

(※) 内の金額は、令和5年3月31日以前にご出産された方です。

1	直接支払制度を利用し、 出産費用が50万円(※42万円) 【産科医療補償制度未加入の場合は48.8万円(※40.8万円)】 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	<p>直接支払制度を利用し、出産費用が50万円(※42万円)【産科医療補償制度未加入の場合は48.8万円(※40.8万円)】未満の場合</p> <p>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。</p> <p>※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。</p> <p>●添付書類</p> <p>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）</p> <p>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</p>
3	<p>直接支払制度を利用しない場合</p> <p>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。</p> <p>●添付書類</p> <p>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）</p> <p>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</p>