

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書	
同年月日	令和 年 月 日	常務	添付書類 ・ 出産育児一時金請求書をご提出前にご一読ください。ご確認ください。
決裁年	日		
支給	円	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	1-11111		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	健康次子		④ 被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 53年4月5日
	⑤ 出産した者の氏名	健康次子		⑥ 出産した者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 53年4月5日
	⑦ 出産年月日	令和〇〇年5月30日		⑧ 生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠()週
	⑩ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない		⑨ 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)
	⑪ 出産した医療機関等	名称	大阪病院	所在地	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号
	⑫ 出産した方	被保険者	→ 退職後6ヶ月以内の出産ですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	
			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			<input type="checkbox"/> 受けた(受ける予定) <input checked="" type="checkbox"/> 受けない
⑬ 振込希望機関	大阪	銀行 金庫 組合	大阪 店	口座番号 1234567 口座名義 ケンコウツギコ (カタカナ)	
被保険者(本人)の振込希望機関を記入してください。 上記のとおり申請します。 ⑮ 〒 111-1112 令和〇〇年6月1日 被保険者の住所 大阪市大阪区大阪町4丁目5番6号 エクセディ健康保険組合理事長 殿 氏名 健康 次子					

いずれかにご記入ください	健康次子	生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠()週			
	出生年月日	令和〇〇年5月30日	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)		
	上記のとおり相違ないことを証明する					
	市区町村記入欄です。	〇〇日	医療施設の名称・所在地	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号		
			医師・助産師名	大阪病院 院長名		
明する欄のみ	本籍	〇〇〇	筆頭者の氏名	〇〇〇〇	母の氏名	健康次子
	出生児の氏名	健康一郎		出生年月日	令和〇〇年5月30日	
	上記のとおり相違ないことを証明する					
令和〇〇年〇〇月〇〇日		市区町村長名	〇〇〇〇	大阪 太郎	大阪	

受付年月日	令和 年 月 日	事務	添付書類 ・ 出産育児一時金請求書をご提出前 にご一読ください。ご確認ください。	
伺年月日	令和 年 月 日	常務		
決裁年月日	令和 年 月 日			
支 円	記号・番号は①マイナーポータル② 資格情報のお知らせ③資格確認書 (健康保険証)のいずれかでご確認 のうえ記入してください。		資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	1-1111		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	健康太郎		④ 被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 53年4月5日
	⑤ 出産した 者の氏名	健康花子		⑥ 出産した者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 54年4月7日
	⑦ 出産年月日	令和〇〇年5月30日		⑧ 生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠 ()週
	⑨ 出生児の数			⑨ 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	⑩ 出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
	⑪ 出産した 医療機関等	名称	大阪病院	所在地	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号
	⑫ 出 産 し た 方	被保険者	→ 退職後6ヶ月以内の出産ですか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 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 〇〇健保 記号番号 111-1111
	同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を				<input type="checkbox"/> 受けた(受ける予定) <input checked="" type="checkbox"/> 受けない
⑬ 振込希望機関	大阪	銀行 金庫 組合	大阪	店	口座番号 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567
	被保険者(本人)の振込希望機 関を記入してください。		ケンコウタロウ (カタカナ)		口座名義
上記のとおり申請します。 ⑮ 〒 111-1112					
令和〇〇年6月1日		被保険者の 住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号			
医療機関記入欄です。		組合理事長 殿 氏名 健康 太郎			

い ず れ か	出産者の氏名	健康花子		生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠 ()週
	出産年月日	令和〇〇年5月30日		出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
記 入 く だ さ い	上記のとおり相違ないことを証明する				
	〇月〇〇日	医療施設の名称・所在地 大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号		医師・助産師名 大阪病院 院長名	
明 す る 欄 ※ 生 産 証 書	本籍	〇〇〇	筆頭者の氏名	〇〇〇〇	母の氏名 健康花子
	出生児の氏名	健康一郎		出生年月日	令和〇〇年5月30日
	上記のとおり相違ないことを証明する				令和〇〇年〇〇月〇〇日

出産育児一時金請求書をご提出前にご一読ください

1	<p>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</p> <p>出産育児一時金請求書のご提出は不要です。</p>
2	<p>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</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>